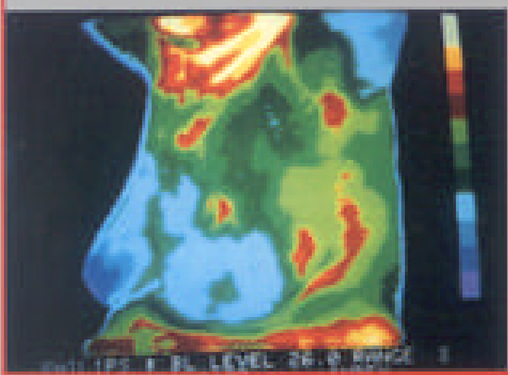
Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastasé





Recommandations pour la Pratique Clinique

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

EDK
Éditions Médicales et Scientifiques

Suivi psychologique
des patientes ayant été traitées pour un cancer
du sein non métastasé

Suivi psychologique
des patientes ayant été traitées pour un cancer
du sein non métastasé

Agence Nationale d’Accréditation et d’Évaluation en Santé (ANAES)
159, rue Nationale, 75640 Paris Cedex 13
Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

Éditions E.D.K.
10, Villa d’Orléans
75014 PARIS
Tél. : 01 40 64 27 49

Éditions E.D.K., Paris, 2000
ISBN : 2-84254-038-7

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour chaque professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des Recommandations Professionnelles.

Les Recommandations Professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les Recommandations Professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans le document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France - 1999. »

Le développement des Recommandations Professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Professeur Yves Matillon
Directeur général de l'ANAES

L'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), aujourd'hui devenue l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), a été saisie par la Direction Générale de la Santé pour élaborer des Recommandations Médicales et Professionnelles sur le cancer du sein.

Les Sociétés savantes, les groupes professionnels et les structures administratives suivantes ont été associés à l'ensemble du processus d'élaboration de ces recommandations, et ont en particulier participé activement aux réunions du Comité d'organisation :

- Association Française de Chirurgie ;
- Fédération des Centres de lutte Contre le Cancer ;
- Société de Cancérologie Privée ;
- Société de Mastologie et d'Imagerie du Sein ;
- Société Française d'Anatomo-Pathologie ;
- Société Française d'Oncologie Gynécologique ;
- Société Française de Radiologie et d'Imagerie Médicale ;
- Société Française de Radiothérapie Oncologique ;
- Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire ;
- Société Française du Cancer.

La méthode de travail utilisée a été celle des Recommandations pour la Pratique Clinique, publiée par l'ANDEM en 1997. L'ensemble du travail a été coordonné à l'ANAES par le Professeur Jacques Massol, du Service des Recommandations Professionnelles, dirigé par le Professeur Alain Durocher.

Compte tenu de l'ampleur du thème à traiter, le travail a été segmenté en trois parties, RPC 1 « Conduite à tenir diagnostique devant une image mammographique infraclinique anormale » ; RPC 2 « Conduite à tenir thérapeutique devant un cancer du sein infraclinique » ; RPC 3 « Suivi des patientes traitées pour un cancer du sein non métastasé ». Les recommandations et l'argumentaire développés dans ce document concernent « l'abord psychologique des patientes traitées pour un cancer du sein non métastasé ».

La recherche documentaire a été coordonnée par Madame Patricia Brucker, avec l'aide de Madame Nathalie Haslin, sous la direction de Madame Hélène Cordier, responsable du Service de Documentation de l'ANAES.

Le secrétariat a été assuré par Madame Laurence Thiphagne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier tous les participants au travail d'élaboration des recommandations sur l'abord psychologique des patientes traitées pour un cancer du sein non métastasé.

GROUPE DE TRAVAIL

Dr Annie Gauvain-Piquard, oncologue psychiatre, Villejuif, Présidente du groupe
Dr Gérard Boutet, gynécologue, La Rochelle
Dr Delfieu, médecin généraliste, Paris
Mme Claire Fournier, psychologue, Paris
Dr Marie-France Huez-Robert, médecin généraliste, Chambray-les-Tours
Mme Claudine Lanzarotti, psychologue, Paris
Dr Gilles Marx, psychiatre, Saint-Cloud
Dr France Rochard, Chirurgien, Villejuif

GROUPE DE LECTURE

Pr Jacques Amouroux, anatomopathologiste, Bobigny
Dr Catherine Balu-Maestro, radiologue, Nice
Mme Marie-Pierre Blanc-Vincent, pharmacien-méthodologiste, Bordeaux
Pr Jacques Bonneterre, oncologue, Lille
Pr Alain Brémond, chirurgien, Lyon
Dr Luc Cambier, radiologue, Lille
Dr Bruno Cutuli, radiothérapeute, Strasbourg
Dr Gérard Dale, radiologue, Strasbourg
Dr Thierry Delozier, oncologue, Caen
Dr Anne De Roquancourt, anatomo-pathologiste, Paris
Dr Marie-Hélène Dilhuydy, radiologue, Bordeaux
Dr Marc Espié, oncologue, Paris
Dr Hector Falcoff, médecin généraliste, Paris
Pr Guy Frija, radiologue, Paris
Mme Béatrice Gairard, Maître de Conférence en Université - Praticien hospitalier en Oncologie, Strasbourg
Dr Pierre Gallois, médecin interniste, Charnay-les-Macon
Dr Jean-Rémi Garbay, oncologue, Saint-Cloud
Dr Sylvie Giard, chirurgien, Lille
Dr Saranda Haber, radiologue, Aulnay-sous-Bois
Dr Pierre Haehnel, radiologue, Strasbourg
Dr Danielle Hassoun, gynécologue, Paris
Dr Michel Hery, radiothérapeute, Monaco
Dr Philippe Hofliger, médecin généraliste, Nice

GROUPE DE LECTURE (suite)

Dr Nelly Homasson, gynécologue, Paris
Dr Jean-Pierre Julien, chirurgien, Rouen
Dr Marielle Lafont, médecin généraliste, Morrières-les-Avignons
Pr Jean-Louis Lamarque, radiologue, Montpellier
Dr Philippe Lambert, médecin généraliste, Sète
Pr Jean-Pierre Lefranc, chirurgien gynéco-obstétricien, Paris
Mme Andrée Lehmann, psychologue, Paris
Pr Michel Marty, cancérologue, Paris
Dr Louis Mauriac, endocrinologue, Bordeaux
Pr Lucien Piana, chirurgien, Marseille
Pr Henri Pujol, chirurgien, Montpellier
Dr Reboul, radiothérapeute, Avignon
Dr Pierre Saltel, psychiatre, Lyon
Dr Daniel Serin, oncologue radiothérapeute, Avignon
Dr Armelle Travade, gynécologue, Clermont-Ferrand
Dr Henri Tristant, radiologue, Paris
Dr Jean-Pierre Vallée, médecin généraliste, Colleville Montgomery

COMITÉ D’ORGANISATION

Pr Jacques Amouroux, Hôpital Avicenne, Bobigny ;
Mme Marie-Pierre Blanc Vincent, Institut Bergonié, Bordeaux ;
Pr Jacques Bonneterre, Centre Oscar Lambret, Lille ;
Dr Béatrice Gairaud, Hôpital Civil, Strasbourg ;
Dr Jean-Rémi Garbay, Centre René Huguenin de Lutte Contre le Cancer, Saint-Cloud ;
Dr Pierre Haehnel, Hôpital Civil, Strasbourg ;
Pr Jean-Louis Lamarque, Hôpital Lapeyronie, Montpellier ;
Dr Louis Mauriac, Institut Bergonié, Bordeaux ;
Pr Lucien Piana, Hôpital de la Conception, Marseille ;
Pr François Reboul, Clinique Sainte Catherine, Avignon ;
Dr Daniel Serin, Clinique Sainte Catherine, Avignon.

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS

Les recommandations proposées ont été classées dans le texte en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :
- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (par exemple, essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse, analyse de décision...) ;
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (par exemple, essais comparatifs randomisés de faible puissance et/ou comportant des biais...) ;
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve (par exemple, essais comparatifs non randomisés avec groupe témoin historique, séries de cas...).

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

Cette classification a pour but d'expliciter les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible ; cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles.

Les patientes traitées pour un cancer du sein non métastasé sont exposées à des conséquences psychologiques, et pour certaines d'entre elles à des pathologies psychiatriques. Le cancer du sein traité doit être considéré comme une situation particulièrement à risque : il est recommandé de rechercher systématiquement les symptômes de détresse psychologique, anxiété, troubles sexuels, états de stress post-traumatique, et dépression du fait de leur prévalence plus élevée et des difficultés particulières du diagnostic dans ce cas (grade B).

Cette recherche, particulièrement attentive au cours de la première année suivant le traitement, doit être poursuivie indéfiniment.

Les douleurs séquellaires, la prise de poids (qui intervient dans plus de la moitié des cas et qui doit être surveillée et prévenue), le lymphœdème aggravent le risque de difficultés psychologiques.

L'information de la patiente est soumise aux obligations déontologiques (articles 35-36 du code de déontologie) et légales (arrêt de la Cour de cassation du 20/2/97).

Durant la consultation :
- Il est recommandé d'inciter la patiente à poser ses questions, à exprimer son ressenti de la maladie et à exprimer ses besoins.
- Un temps d'écoute et de parole devrait lui être réservé.

Pour la prise en charge des problèmes psychologiques, il est recommandé :

- De chercher les manifestations de désespoir, le sentiment d'impuissance, ou de résignation (grade C) ;
- D'utiliser l'HAD *(Hospital Anxiety and Depression scale),* si le praticien décide d'utiliser une échelle de dépistage de la détresse psychologique.
- Toutes les modalités d'intervention psychologique, individuelle ou de groupe, d'inspiration cognitivo-comportementale ou psychanalytique, peuvent être préconisées pour faire face à cet événement éprouvant. Aucune modalité d'intervention psychologique n'ayant démontré de supériorité par rapport aux autres, il est recommandé d'en laisser le choix à la patiente.
- Le recours à un psychologue n'est pas systématique. Il est recommandé si la patiente en exprime le besoin, s'il existe plusieurs facteurs de risque, ou une détresse psychologique.
- Le soutien apporté par la famille et les amis proches est bénéfique ; il doit être encouragé par le praticien.
- Il est important de mettre en garde la patiente contre les propositions d'aide qui peuvent lui être faites par des mouvements sectaires.

Pour la prise en charge des problèmes psychiatriques :

- Il est recommandé de se référer aux critères du DSM-IV pour identifier les troubles de l'adaptation, les états de stress post-traumatique, et les états dépressifs majeurs (grade B). Les états dépressifs majeurs et les troubles de l'adaptation, responsables d'aggravation de l'évolution de la maladie et d'augmentation du risque suicidaire, doivent en particulier être traités au plus tôt ;
- Le recours à un psychiatre, s'il n'est pas systématique, est recommandé si la patiente en exprime le besoin, ou s'il existe des troubles de l'adaptation, un état de stress post-traumatique avéré, ou un syndrome dépressif en particulier lorsqu'il résiste à un premier traitement antidépresseur ;
- Bien qu'il n'y ait pas eu d'études spécifiques dans le cadre du cancer du sein, les recommandations du groupe de travail de l'ANDEM sur le maniement des antidépresseurs peuvent être appliquées ;

- Une formation clinique en psycho-oncologie doit être proposée et conseillée aux cliniciens prenant en charge le suivi de femmes traitées pour un cancer du sein.

INTRODUCTION

Les difficultés psychologiques des femmes opérées d'un cancer du sein se situent à une interface nosologique : elles sont « normales » en soi (c'est-à-dire, tout à la fois inévitables et bien compréhensibles) car elles résultent de la confrontation de la femme avec un événement de vie éprouvant (une maladie potentiellement létale) ; néanmoins, elles entraînent une souffrance, pour laquelle une aide peut être nécessaire...

Il existe deux grandes approches sémiologiques et thérapeutiques de la psycho-oncologie. L'une se réfère au courant psychanalytique et l'autre au courant cognitivo-comportementaliste. Pour les besoins de compréhension de ce document une brève, et donc nécessairement caricaturale, description de ces deux courants de pensée est ici proposée.

Le modèle psychanalytique considère que le vécu d'une femme confrontée au cancer est influencé par des mouvements inconscients qui lui sont propres.

Le courant cognitivo-comportementaliste anglo-saxon considère qu'une femme confrontée à son cancer va devoir accepter cette réalité au cours d'un processus appelé « adaptation ».

L'adaptation, processus psychique actif auquel participent les sphères cognitives, émotionnelles et comportementales, vise à préserver l'intégrité psychique et physique, à récupérer les troubles réversibles et à compenser les troubles irréversibles. Elle vise ainsi à ramener le niveau de tension psychique et de souffrance au point le plus bas possible. Pour ce faire, elle va mettre en œuvre des stratégies propres à lui permettre d'assumer ou d'aménager cette réalité : il s'agit du *coping*, dans lequel la cognition, et non plus seulement la sphère émotionnelle, joue un rôle. L'aide proposée sur cette base n'explore pas de façon systématique le passé ; elle s'appuie sur les ressources conscientes de la patiente appliquées à la situation présente, qu'elle vise à renforcer. La focalisation sur l'état présent permet de développer des outils d'évaluation, et donc les recherches quantitatives.

L'article de Massie Gagnon et Holland [1] propose une synthèse de ce point de vue : « le médecin qui traite des patients ayant un cancer peut s'attendre, la plupart du temps, à trouver un groupe d'individus psychologiquement en bonne santé qui sont en train de répondre aux stress engendrés par le cancer et son traitement ».

Ce document de travail concerne les difficultés psychiatriques et psychologiques auxquelles sont confrontées les femmes atteintes de cancer du sein non métastatique après la fin de leur traitement. Il cherche à évaluer les difficultés survenant après les 6 premiers mois suivant l'annonce du diagnostic. Il aborde successivement :

- les difficultés psychologiques éprouvées par ces femmes (leur description ; leur évolution dans le temps ; leurs facteurs de risque ; les moyens de les identifier) ;
- le point de vue de ces femmes sur leur information ;
- l'évaluation des moyens thérapeutiques de ces difficultés (psychothérapies ; psychotropes ; autres moyens).

Trois annexes y sont jointes :
I. Les critères de validité des échelles d'évaluation
II. Une description des outils d'évaluation cités.
Le lecteur trouvera dans cette annexe la signification des abréviations utilisées dans le texte.
III. Une version française de l'échelle HAD et une proposition de « mode d'emploi ».

Remarques :

1. Diverses dénominations de catégories de morbidité psychique sont utilisées ici. Les définitions qui leur sont attribuées sont pragmatiques : est appelée « dépression » ce qui est évalué par les échelles ou critères de diagnostic de la dépression ; est appelée « anxiété » ce qui est évalué par les échelles d'anxiété ; est appelée « détresse psychologique » ce qui est évalué par des échelles moins spécifiques que les échelles précédentes.

2. L'expertise qui est présentée ici repose en grande partie sur des études anglo-saxonnes alors que la pratique médicale peut conditionner ces résultats qui ne peuvent donc être transposés sans difficulté.

Ce document n'émet aucun avis sur la qualité des soins prodigués en psycho-oncologie en France.

3. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études comparant différentes techniques et/ou rythmes de dépistage des troubles psychologiques au cours du suivi.

Quelles sont les difficultés psychologiques éprouvées par les femmes opérées d'un cancer du sein non métastasé et comment les identifier ?

Quelles sont les difficultés psychologiques ?

L'**analyse bibliographique** a été réalisée à partir des banques de données Medline, EMBASE, Cancerlit et Pascal depuis 1987.

La recherche bibliographique a été complétée ponctuellement par une recherche sur PubMed (Medline) *related article*, à partir d'articles considérés comme essentiels (ce type de recherche bibliographique fournit la liste des références dont les mots-clés et autres attributs sont le plus proches de l'article de référence). Une vingtaine d'articles importants, non trouvés par les recherches avec les mots-clés, l'ont été de cette façon.

Un fond propre de bibliographie a été en outre utilisé, notamment pour des articles plus anciens.

Des articles de synthèse ont également été utilisés [2-5].

Les femmes atteintes de cancer du sein non métastatique présentent davantage de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de difficultés sexuelles que les femmes d'un groupe témoin

- 20 études de suivis de femmes atteintes de cancer du sein associées avec un groupe témoin (femmes ayant eu une biopsie bénigne) ont été trouvées.
- 14 études ont été exclues soit en raison de l'absence de constitution d'une cohorte [6-13], soit en raison de cohortes inférieures à 50 [14-19].

• 6 études prospectives comparatives ont été trouvées et sont présentées dans le *Tableau I* :

Tableau I. Études prospectives comparatives de la détresse psychologique, de la dépression, de l'anxiété et des difficultés sexuelles chez les femmes atteintes de cancer du sein (K) non métastatique, à distance du traitement, comparées à celles des femmes ayant eu une biopsie du sein ayant conclu à une pathologie bénigne (B) ou à des femmes d'une population générale (T).

Auteur Année Pays	Type d'étude	Patients	Perdus de vue	Échelles *(cut-off)**	Résultats	Critiques méthodologiques
Goldberg, 1992 [20] UK	Prospective (6 mois) (12 mois)	N = 320 K (166) B (156)	K : 15 % B : 33 %	RSCL	**à 6 mois** dépression : p = 0,02 Anxiété : p = 0,006 Problèmes sexuels : p = 0,03 **à 1 an :** dépression : p = 0,7 anxiété : p = 0,68 problèmes sexuels : p = 0,03	- nbre de perdus de vue du groupe témoin
Wolberg, 1989 [21] USA	Prospectif (fin de traitement) (16 mois)	N = 191 Kmastectomie (Kmas : 78) Ktumorectomie (Ktum : 41) B (72)	fin de traitement : 34 % 16 mois : 53 %	POMS PAIS	**fin de tt :** POMS : entre Kmas et B : p < 0,01 entre Ktum et B : p < 0,01 PAIS : entre Kmas et B : p < 0,001 entre Ktum et B : p < 0,001 **16 mois :** POMS : entre Kmas et B : p < 0,01 entre Ktum et B : NS PAIS : entre Kmas et B : p < 0,001 entre Ktum et B : p < 0,001	- constitution de la cohorte peu décrite - nombre important de perdus de vue - pas d'ajustement sur l'âge
Dean, 1987 [22] UK	Prospectif (12 mois après chirurgie)	N = 244, âge < 60 ans K (122) non métastatiques T (122) population générale	10 %	PSE + RDC	dépression majeure : NS dépression mineure : p < 0,01 anxiété généralisée : NS	- évaluation non aveugle
Gottschalk, 1985 [23] USA	Prospectif multicentrique (10-12 mois après chirurgie)	N = 349, âgées de 30 à 69 ans K (125) non métastatiques B (65) cholécystectomie (chol : 75) sujets sains (Ss : 84)	1,7 %	SCL-90	dépression (moyennes) K : 18,7 ; B : 18,7 ; Chol : 18,5 Ss : 15,5 (entre K et Ss : p < 0,05) anxiété (moyennes) K : 24,0 ; B : 22,6 ; Chol : 20,4 Ss : 17,8 (entre K et Ss p < 0,001)	- constitution de la cohorte peu précisée

Tableau I (suite).

Auteur Année Pays	Type d'étude	Patients	Perdus de vue	Échelles *(cut-off)**	Résultats	Critiques méthodologiques
Maguire, 1978 [24] UK	Prospectif (1 an)	N = 125 biopsies du sein < 65 ans K (75) non métastatiques B (50)	9 %	entretiens semi-structurés au domicile, enregistrés avec cotation indépendante	dépression (modérée à sévère) : K : 21 % ; B : 8 % ; p = 0,05 anxiété (modérée à sévère) : K : 19 % ; B : 8 % ; p = 0,10 difficultés sexuelles (modérées à sévères) : K : 33 % ; B : 8 % ; p = 0,02	- absence d'outils d'évaluation validés - évaluation non aveugle
Morris, 1977 [25] UK	Prospective (1 an) (2 ans)	N = 160 biopsies du sein < 70 ans K (69) non métastatiques B (91)	1 an : 18 % 2 ans : 28 %	HDRS (*cut off* > 10)	1 an : K : 23 % ; B : 13 %, NS 2 ans : K : 22 % ; B : 8 % (p < 0,05)	- nombre des perdus de vue - âges non connus - seuil HDRS bas

* Ne figurent sur ce tableau que les échelles évaluant spécifiquement l'anxiété, la dépression ou les difficultés sexuelles. Les échelles non connues par les experts et non fréquemment utilisées dans la littérature ont été omises. Des informations concernant chaque échelle sont disponibles en *annexe*.

Ces études explorent : 1) la détresse psychologique (POMS et PAIS) ; 2) la dépression (RSCL, PSE + RDC, SCL-90, HDRS) ; 3) l'anxiété (RSCL, PSE + RDC, SCL-90) ; 4) les difficultés sexuelles (RSCL).

Goldberg *et al.* [20] ont évalué par questionnaire postal, à 6 mois et à 1 an, 320 femmes nouvellement admises dans un hôpital universitaire (âge non précisé), 73 femmes ayant un cancer ayant nécessité une tumorectomie ; 93 femmes ayant un cancer ayant nécessité une mastectomie ; 156 femmes ayant eu une biopsie pour tumeur bénigne. Aucune différence significative n'ayant été trouvée entre les tumorectomies et les mastectomies, ces deux groupes ont été regroupés. Les résultats ont été ajustés sur l'âge.

Wolberg *et al.* [21] ont évalué à 1 an 191 femmes subissant une biopsie du sein : 1) 78 femmes ayant un cancer ayant nécessité une mastectomie (moyenne d'âge = 52 ± 14 ans) ; 2) 41 femmes ayant un cancer ayant nécessité une tumorectomie (moyenne d'âge = 46 ± 10 ans) ; 72 femmes ayant un diagnostic de tumeur bénigne (moyenne d'âge = 40 ± 11 ans). L'évaluation de « fin des traitements » a eu lieu à 4 mois après le diagnostic sauf pour les femmes ayant des ganglions positifs et traitées par tumorectomie, pour lesquelles l'évaluation a eu lieu à 8 mois. Les auteurs ne précisent pas explicitement les conditions d'évaluation (entretien ou envoi postal ?) ni le nombre de perdus de vue. Mais, d'après les tableaux de résultats, il semble que ceux-ci (ou bien les valeurs manquantes) aient été nombreux. Les deux échelles utilisées (POMS et PAIS) sont des échelles de détresse psychologique globale, non

spécifiquement dédiées à la dépression, ou à l'anxiété. Les résultats n'ont pas été ajustés sur l'âge.

Dean [22] a évalué en pré-opératoire, puis à 3 mois et à 1 an, 122 femmes de moins de 60 ans consécutivement admises pour un cancer du sein non métastatique opérable. Toutes ces femmes ont subi une mastectomie. Leurs évaluations ont toutes été réalisées par l'auteur. Les résultats ont été comparés à un échantillon témoin apparié pris dans une population générale (échantillon constitué à l'occasion d'une étude concomitante sur l'incidence des troubles psychiatriques dans une population générale de la même ville). Les évaluations de l'échantillon témoin ont été réalisées par d'autres interviewers formés par l'auteur. Apparemment, cet échantillon a été suivi dans les mêmes conditions que le groupe de patientes atteintes d'un cancer, mais l'auteur n'est pas explicite à ce sujet.

Gottschalk et Hoigaard-Martin [23] ont suivi, au cours d'une étude multicentrique 4 cohortes de femmes de 30 à 69 ans après chirurgie : 1) 125 femmes ayant eu une mastectomie ; 2) 65 femmes ayant eu une biopsie pour tumeur bénigne du sein ; 3) 75 femmes ayant eu une cholécystectomie ; 4) 84 femmes n'ayant pas eu de chirurgie majeure dans les 2 ans précédant l'étude, sélectionnées parmi les amies des patientes. Un ajustement sur l'âge a été réalisé. La sélection de la cohorte n'est pas clairement décrite ; cette cohorte a sélectionné des patientes volontaires acceptant de revenir à l'hôpital, et ayant une assurance prenant en charge leur déplacement.

Maguire *et al.* [24] ont évalué 125 femmes de moins de 65 ans subissant une biopsie d'un sein (recrutement en série consécutive 1/5). L'évaluation a été réalisée au domicile par entretiens semi-structurés mais sans critères diagnostiques. Des précautions méthodologiques ont été prises (interviewers entraînés pendant 3 mois). Initialement, la cohorte comprenait 117 femmes atteintes de cancer du sein, et 84 femmes ayant eu un résultant bénin à leur biopsie. Mais les 2 groupes différant en âge et en statut marital, un sous-groupe a été constitué.

Morris *et al.* [25] ont suivi 160 femmes consécutivement admises à l'hôpital pour biopsie du sein. La description des groupes (âge, statut marital) n'est pas fournie. L'évaluation a été réalisée par l'échelle d'Hamilton, avec un *cut-off* très bas. Les moyennes des scores de l'échelle ne sont malheureusement pas fournies. Enfin, cette étude a un pourcentage de perdus de vue élevé.

Au total

Les 6 études concordent : les femmes ayant été traitées pour cancer du sein présentent significativement plus de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de troubles sexuels que les populations témoins.

Remarques méthodologiques :

- Les études les plus anciennes portent sur des patientes ayant subi des mastectomies radicales. Depuis 1980, les techniques chirurgicales ont changé, et sont moins délabrantes.

• Les études mentionnées ne recherchent que les effets négatifs du cancer. Les effets positifs (concept de résilience) n'ont fait l'objet d'études que récemment [6].

• Les études mentionnées utilisent des outils conçus pour évaluer des entités psychiatriques ou psychopathologiques relativement précises et délimitées. Toutefois, ces outils n'évaluent pas toutes les facettes possibles de la souffrance des femmes atteintes de cancer du sein non métastatique. L'impossibilité actuelle de mieux documenter les autres difficultés psychologiques de ces femmes, faute d'outils appropriés, ne doit pas faire penser à leur inexistence. Leur champ d'expression recoupe les divers champs explorés par les échelles de qualité de vie.

• Pour 3 de ces 5 études, le nombre des perdus de vue dépasse 20 %. Il n'est pas exclu que parmi ces perdus de vue puissent se trouver des patientes ayant développé des pathologies psychiatriques, comme les états de stress post-traumatique *(voir p. 27)*. En effet, Fallowfield *et al.* [26] ont regardé les évaluations à 3 mois des 9 femmes ayant refusé de poursuivre leur participation à l'étude ; or, 6 de ces 9 femmes étaient très anxieuses ou déprimées lors de la première évaluation. Lee *et al.* [27], dans leur étude sur 197 femmes, ont étudié le devenir des 9 femmes ayant refusé d'être interviewées à 1 an, en joignant leur médecin généraliste : 4 d'entre elles présentaient des signes d'anxiété ou de dépression, dont une qui avait été adressée à un psychiatre. Berglund *et al.* [28], sur une population de 448 femmes ayant un recul de 2 à 10 ans, ont obtenu un taux de réponse de 83 % à leur questionnaire (envoi postal). La moitié (33 femmes) n'ayant pas répondu ont été interviewées par téléphone : 29 d'entre elles avaient choisi de ne pas répondre à cause des sentiments et pensées négatives associés à leur traitement.

Toutefois, une **revue de la littérature** réalisée par Van't Spijker *et al.* [29] ne confirme pas ces résultats.

Ces auteurs ont réalisé une revue avec méta-analyse des études sur les séquelles psychologiques du cancer (tous sites, tous stades) parues de 1980 à 1994. Ils dénombrent 58 articles, dont 26 sur le cancer du sein. Leurs conclusions sont les suivantes :
1. comparés à une population normale, les patients atteints de cancer sont significativement (*mean d-value* = 0,20) plus déprimés ; toutefois, si on considère de façon isolée les études parues depuis 1987, cette différence n'est plus significative ;
2. en revanche, ils ne sont pas significativement plus anxieux et n'ont pas une détresse psychologique plus grande qu'une population normale ;
3. les femmes atteintes de cancer du sein présentent une souffrance psychique (= dépression + anxiété + détresse) moindre que les patients ayant un cancer d'autre localisation.

Les résultats de cette méta-analyse ne sont pas retenus car :
1. les études retenues ne sont pas exhaustives : Wolberg *et al.* [21], Gottschalk et Hoigaard-Martin [23] notamment n'y figurent pas ;
2. seules les études comparatives peuvent être utilisées pour obtenir ces résultats :

or les auteurs n'ont pas spécifiquement mentionné, parmi les 58 articles cités, ceux qu'ils retiennent comme études comparatives ;

3. les auteurs n'ont retenu que les études utilisant des moyens d'évaluation standardisés et valides, mais n'ont pas distingué parmi ceux-ci les outils discriminants des outils de *screening* ;

4. dans nombres d'articles, les populations témoins ne sont pas des populations « normales », mais des populations ayant d'autres pathologies (ex : tumeur bénigne du sein) ;

5. les auteurs n'ont retenu que les études fournissant un pourcentage de patients déprimés : ils n'ont pas retenu les études comparant des moyennes à des échelles.

Au total, les patientes traitées pour un cancer du sein non métastasé sont exposées à des conséquences psychologiques, et pour certaines d'entre elles à des pathologies psychiatriques. Le cancer du sein traité doit être considéré comme une situation particulièrement à risque : il est recommandé de rechercher systématiquement les symptômes de détresse psychologiques, anxiété, troubles sexuels, états de stress post-traumatiques, et dépression, du fait de leur prévalence plus élevée et des difficultés particulières du diagnostic dans ce cas.

Du fait de leur prévalence plus élevée chez les patientes ayant un cancer du sein non métastatique et des difficultés à les diagnostiquer, il est recommandé, quelle que soit la présentation clinique, de rechercher la détresse psychologique, les troubles de l'adaptation, la dépression, l'anxiété, les troubles sexuels, et les états de stress post-traumatiques (grade B).

Données épidémiologiques des troubles psychiatriques chez les femmes atteintes de cancer du sein non métastatique

Les troubles de l'adaptation

Une recherche spécifique dans Medline 1993-1997 avec *exp adjustment disorders*/di, px, ep, th, limitée aux revues, a été réalisée, ainsi qu'une recherche *related article* dans Medline (PubMed) à partir de Razavi [30] et de Razavi [31]. Aucun article n'a été sélectionné à partir de ces interrogations.

Définition : voir en *Annexe* DSM-IV. Il est à noter :
1. que les troubles de l'adaptation sont une catégorie diagnostique résiduelle ;
2. que le DSM-IV, dans le critère B, fait référence à une normalité qu'il ne définit pas. De ce fait, les troubles de l'adaptation, aujourd'hui, sont une entité clinique aux contours flous.

L'application de ces critères diagnostiques au cancer du sein pose la question de la nature du stress retenu :
1. s'il est considéré que le stress est essentiellement constitué par l'annonce du diagnostic, il s'agit d'un stress aigu, et le trouble de l'adaptation ne peut excéder 6 mois ;
2. s'il est considéré que le stress est constitué par le fait d'avoir un cancer, il s'agit d'un stress prolongé pouvant engendrer un trouble de l'adaptation chronique (d'une durée supérieure à 6 mois).

Prévalence : Derogatis [32], sur une population de 250 patients nouvellement admis dans 3 centres anti-cancéreux, tous stades, tous sites, a trouvé, en utilisant le DSM-III, 32 % de troubles de l'adaptation. Alexander [33], sur une population de 60 patients tous sites consécutivement admis dans un service de cancérologie d'un hôpital général, a trouvé 20 % de troubles de l'adaptation, en utilisant également le DSM-III. Razavi [34], sur une population de 117 lymphomes tous stades évalués lors d'une consultation externe, a trouvé 30 % de troubles de l'adaptation. Il n'existe pas de données disponibles spécifiques aux cancers du sein.

Les troubles de l'adaptation, sur une population générale, comportent une augmentation du risque de tentatives de suicide et de suicide. L'existence d'un trouble de l'adaptation peut compliquer l'évolution d'une affection médicale générale (par exemple, par une mauvaise observance des prescriptions médicales ou bien une prolongation de la durée d'hospitalisation) [35]. Des données spécifiques aux cancers du sein n'ont pas été trouvées.

Il a été établi que les troubles de l'adaptation augmentent le risque de tentative de suicide et le risque de péjoration de l'évolution d'une affection médicale (DSM-IV).

Il existe un accord professionnel pour considérer que cette augmentation du risque est applicable au cancer du sein. Par conséquent, il est recommandé chez les femmes atteintes de cancer du sein non métastatique de rechercher les troubles de l'adaptation.

La dépression

Stratégie bibliographique complémentaire :
1. interrogation de Medline de 1987 à 1997 : *exp.depressive disorder/ and exp breast neoplasms* ;
2. interrogation de Medline de 1993 à 1997 : *exp.depressive disorder/ and exp neoplasms*/co,px ;
3. interrogation de Medline avec *related articles* à partir des articles les plus pertinents.

Définition : voir en *Annexe* : DSM-IV
« Les troubles dépressifs ne doivent pas être confondus avec une humeur triste isolée qui accompagne normalement certaines expériences de vie, en particulier les expériences de perte ou de déception. Les troubles de l'humeur associent des perturbations dans la régulation des composantes émotionnelles, cognitives, comportementales et somatiques » [36]. Le DSM-IV fournit : 1) des critères diagnostiques pour l'épisode dépressif majeur (ou caractérisé ; voir *Annexe*) ; 2) une classification des troubles dépressifs en : trouble dépressif majeur, épisode isolé ; trouble dépressif majeur, récurrent ; trouble dysthymique dont l'un des critères est une évolution de plus de 2 ans ; et les troubles dépressifs non spécifiés, rassemblant les troubles dépressifs ne répondant pas aux critères des catégories précédentes.

Prévalence des troubles dépressifs majeurs et facteurs de risque :
Une **analyse de la littérature** réalisée en 1993 par l'*Agency for Health Care Policy and Research* des États-Unis pour la rédaction de *Clinical Practice Guideline* sur la dépression [36] en soins primaires (= *primary care*) montre que la prévalence (= *point prevalence*) des troubles dépressifs majeurs dans le monde occidental est, pour les femmes, compris entre 4,5 et 9,3 % (2,3 à 3,2 % pour les hommes). Le risque, pour une femme, de faire un trouble dépressif majeur durant sa vie est de 20 à 25 % (7 à 12 % pour les hommes). Les facteurs de risque sont l'existence d'une maladie dépressive chez un proche du 1er degré et les antécédents d'épisodes dépressifs majeurs. Une revue de 11 études ayant utilisé un interview structuré psychiatrique et des critères diagnostiques spécifiques dans un contexte de soins primaires montre un « point prévalence » de troubles dépressifs majeurs dans ce contexte compris entre 4,8 et 8,6 %. Chez des patients hospitalisés pour des problèmes médicaux, Rodin [37] et Lépine [38] trouvent, dans leur **revue de la littérature**, des prévalences entre 12 et 36 %.

Chez les femmes atteintes de cancer du sein *(Tableau II)* :
Six études ont utilisé des critères diagnostiques spécifiques : 3 d'entre elles ont trouvé une prévalence de la dépression majeure largement supérieure à 10 ; 1 a trouvé une prévalence de la dépression majeure légèrement inférieure à 4.
Onze études ont utilisé des échelles moins spécifiques : 5 ont trouvé une prévalence de la dépression majeure largement supérieure à 10 ; 3, une incidence très inférieure à 4 : ces 3 études utilisaient l'HAD avec un *cut-off* plus élevé que les autres études.

Au total : La prévalence des états dépressifs majeurs est plus élevée chez les femmes traitées pour cancer du sein non métastatique que dans une population de référence.

Remarques méthodologiques :
Ces auteurs n'ont pas réalisé une évaluation concomitante de la douleur des patientes incluses. Pourtant cette variable pourrait être un facteur influençant la prévalence de la dépression. En effet, Glover *et al.* [48], chez 369 patients ambulatoires atteints de

Tableau II. Données épidémiologiques sur la prévalence de la dépression chez les femmes atteintes de cancer du sein.

Auteurs Année	**Patients (type d'étude)**	**Outils d'évaluation *(cut-off)***	**Dépression majeure**	**Autres diagnostics**
		Critères diagnostiques spécifiques		
Ramirez, 1995 [39] UK	102 K non métastatiques (prospective)	PSE	1 an : 25 %	
Lee, 1992 [27] UK	197 K sein opérables < 70 ans (prospective)	PSE	1 an : 3,8 %	anxiété 1 an : 8,2 %
Fallowfield, 1990 [26] UK	269 K sein I ou II < 75 ans (prospective)	HAD + interview	1 an : 20 %	anxiété : 1 an : 27,4 %
Dean, 1987 [22] UK	122 K sein non métastatiques (prospective)	PSE + RDC	1 an : 4,5 %	1 an : dépression mineure : 18,2 % trouble anxieux généralisé : 4,5 %
Silberfard, 1980 [9] USA	50 K sein non métastatiques (enquête)	interview PSS	4 mois : 10 %	
Maguire, 1978 [24] UK	75 K sein non métastatiques (prospective)	interview semi-structurée	1 an : 21 %	anxiété : 19 %
		Échelles de *screening*		
Thomas, 1997 [40] UK	65 K tous sites, dont 63 % sein, en rémission prolongée (transversale)	HAD (*cut-off* > 8 pour chaque sous-échelle)	6,2 %	anxiété : 12,4 %
Ellman, 1995 [41] UK	331 K sein attendant une mammographie de surveillance (transversale)	HAD (> 10 pour chaque échelle)	0,3 %	anxiété : 6 %
Rijken, 1995 [42] Pays-Bas	112 K sein I ou II ménopausées (prospective)	CES-D (> 16)	7 mois : 23 %	
Maraste, 1992 [43] Suède	133 K sein I, II ou III 2 mois post-op, radioth. (enquête)	HAD (> 10 pour chaque échelle)	1,5 %	anxiété : 13,5 %
Goldberg, 1992 [20] UK	166 K sein (prospective)	RSCL	6 mois : 24 % 1 an : 21 %	anxiété : 6 mois : 29 % 1 an : 27 %

Tableau II (suite).

Auteurs Année	Patients (type d'étude)	Outils d'évaluation *(cut-off)*	Dépression majeure	Autres diagnostics
		Échelles de *screening*		
Berglund, 1991 [28] Suède	448 K sein II ou III recul : 2 à 10 ans (transversale)	HAD modifiée (*cut-off* > 18, max. : 24)	0,3 %	anxiété : 2,4 % (*cut-off* > 15, max. : 20)
Watson, 1991 [44] UK	359 K sein I ou II 1 à 3 mois après chirurgie (transversale)	HAD (*cut-off* : > 8 sur ss-échelle dépression)	6 %	anxiété : 16 % (*cut-off* > 10 sur ss-échelle anxiété)
Lasry, 1987 [45] Canada	123 K sein I, II ou III (transversale)	CES-D (*cut-off* > 15)	46 %	
Hughson, 1986 [46] UK	74 K sein stade II (prospective)	*Leeds General Scale*	13 mois : 17 % 18 mois : 7 % 2 ans : 7 %	anxiété : 13 mois : 20 % 18 mois : 12,5 % 2 ans : 19 %
Farber, 1984 [47]	141 K sein	HSC	18 %	dépression modérée : 21 %
Morris, 1977 [25] UK	69 K sein non métastatiques (prospective)	HDRS (*cut-off* > 10)	1 an : 23 % 2 ans : 22 %	

cancer en cours de traitement ayant un Karnofsky > 50, issus de 16 lieux de soins différents *(Oncology Nursing Research Network)* ont montré, en utilisant la POMS, que les patients douloureux ont des scores significativement plus élevés ($p < 0{,}05$) à pratiquement toutes les sous-échelles de la POMS que les patients sans douleur, y compris à la sous-échelle de dépression. Lee *et al.* confirment ces résultats dans leur étude portant sur 197 femmes atteintes de cancer du sein et suivies sur 1 an. La dépression y était évaluée par PSE. A 1 an, il existe significativement davantage de dépression parmi les femmes se plaignant de douleur ($p = 0{,}001$) que chez celles ne s'en plaignant pas.

Un retard diagnostique et de traitement est dommageable pour la patiente :
L'analyse réalisée dans le cadre des *Clinical Practice Guideline* sur la dépression [36] en soins primaires montre qu'un épisode dépressif majeur non traité dure de 6 à 24 mois. Dans 5 à 10 % des cas, l'épisode dure plus de 2 ans, et dans 20 à 25 % des cas, la récupération n'est que partielle. Les femmes sont particulièrement exposées à cette évolution prolongée. Les facteurs de risque en sont l'âge, le faible niveau d'éducation et des antécédents d'instabilité conjugale. Or, des travaux montrent que

le traitement des troubles dépressifs majeurs est plus efficace s'il est entrepris plus tôt, avant la chronicisation des troubles.

Morbidité d'un trouble dépressif majeur non traité :
Il est largement admis que les patients ayant un état dépressif :
1. rapportent une plus grande pauvreté de leurs relations intimes et des interactions sociales moins satisfaisantes qu'une population témoin ;
2. ont une mortalité supérieure à une population témoin ;
3. présentent un risque de surmortalité en cas de maladie physique concomitante [49-51].

L'état dépressif majeur doit être diagnostiqué et traité sans retard (grade A)

Le syndrome de stress post-traumatique

Une recherche sur Medline PubMed avec *stress disorders, post-traumatic/therapy, psychology, nursing* a été réalisée sur les 5 dernières années, ainsi qu'une recherche *related article* à partir de l'article de Cordova [52].

Définition : voir en *Annexe II* : DSM-IV. L'état de stress post-traumatique est entré dans la nosologie psychiatrique de façon récente, en remplacement du terme de névrose traumatique.

C'est un état organisé et durable, occasionné par un traumatisme psychique. Fréquemment, la perturbation remplit initialement, dans les suites immédiates du traumatisme, les critères d'un état de stress aigu (voir *Annexe II*). Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme, mais le délai d'apparition atteint parfois plusieurs années [35]. Ses deux principales composantes sont l'intrusion (cauchemars répétant les circonstances du traumatisme, *flash-back*, etc.) et l'évitement de tout ce qui pourrait rappeler ce traumatisme. L'état de stress post-traumatique est aigu si la durée des symptômes est de moins de 3 mois (moitié des cas). Il est chronique si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus. Il est de survenue différée si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.

Le taux de prévalence sur la vie entière est de 1 à 14 %. Selon le degré d'exposition à des traumatismes, la prévalence dans une population peut varier de 3 à 58 % [53]. Les sujets ayant subi dans leur enfance des traumatismes objectifs apparaissent plus sensibles aux stress à l'âge adulte que les autres [54].

Cordova *et al.* [52], dans une population de 55 femmes atteintes de cancer stade I, II ou IIIA, interviewées entre 6 et 60 mois après la fin de leur traitement, ont trouvé entre 5 et 10 % d'état de stress post-traumatique. Ces données rejoignent celles de Tjemsland *et al.* [55] qui, dans une population de 106 femmes consécutives opérées

de leur cancer du sein, trouvent, 6 semaines après l'intervention, 8 % de femmes susceptibles de présenter un état de stress post-traumatique. Dans cette dernière étude, les seuls facteurs favorisant sont les événements de vie pénibles durant l'année précédente (p = 0,007).

L'évitement dû à l'état de stress post-traumatique peut probablement se traduire par des difficultés de compliance, ces femmes ne pouvant plus supporter les retours dans l'hôpital où elles ont été opérées.

Données descriptives des difficultés psychologiques et cognitives

Craig *et al.* [12] ont évalué 134 patientes atteintes d'un cancer du sein dont la plupart ont un recul supérieur à cinq ans comparées à un groupe témoin apparié sur l'âge de 139 personnes et un groupe témoin apparié sur 121 personnes vivant dans le voisinage avec un même questionnaire de qualité de vie. Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence significative dans le niveau d'activité professionnelle, l'attitude envers la vie, l'idée du futur, les symptômes psychiatriques ou les activités de loisirs. La seule différence entre les divers groupes est que le groupe des patientes cancéreuses considère leur santé actuelle comme moins bonne. Elles se considèrent aussi comme plus mutilées physiquement que les autres groupes.

Dow *et al.* [56] ont adressé aux 1 200 membres de la *National Coalition for Cancer Survivorship* (États-Unis) 2 questionnaires de qualité de vie : le QOL-CS et le FACT-G. Le taux de réponse a été de 56 % ; sur la totalité de ces réponses, 43 % concernaient des patientes ayant été atteintes de cancer du sein (le stade de la maladie n'est pas précisé), soit 294 patientes. A l'échelle QOL-CS, le score moyen pour l'échelle de bien-être psychosocial est de 5,88/10, de 6,62/10 pour l'échelle de bien-être social, de 6,59 pour l'échelle de bien-être spirituel et de 7,78 pour l'échelle de bien-être physique. Concernant la sous-échelle « bien-être psychologique » (celle dont les résultats sont les moins bons), les items ayant les scores les plus bas ont été, par ordre croissant :
1. le souvenir de la détresse au moment du diagnostic (1,39/10) ;
2. la détresse due au traitement (2,64/10) ;
3. la peur d'une rechute (4,50/10) ;
4. la peur d'une métastase (4,71/10) ;
5. la peur d'un second cancer (4,79/10).

A l'échelle FACT-G, l'item obtenant le score le plus bas à la sous-échelle « bien-être émotionnel » est l'inquiétude de mourir (2,81/4). Les items obtenant les scores les plus bas aux autres sous-échelles sont :
1. pour l'échelle « bien-être physique » : le manque d'énergie (2,65/4) ;

2. pour l'échelle « bien-être social et familial » : la satisfaction dans la vie sexuelle (2,25/4) ;
3. pour l'échelle « relation avec le médecin » : tous les items sont > 3 ;
4. pour l'échelle « bien-être fonctionnel » : le sommeil (2,70/4) [57].

Ganz *et al.* [57] ont mené une enquête chez les femmes de Los Angeles atteintes de cancer *(voir plus loin)*.

Un échantillon de 182 personnes a été isolé dans un échantillon de 253 patientes atteintes d'un cancer du sein récemment diagnostiqué entre le 1er juillet 1987 et le 30 novembre 1990. Cet échantillon a été séparé rétrospectivement en deux sous-groupes à partir de la date de diagnostic.

Le premier échantillon de 94 personnes avec un recul de deux ans dit groupe « deux ans », le second de 88 personnes avec un recul de trois ans dit groupe « trois ans ». 139 patientes (77 % des sujets) ont rempli un questionnaire de 44 pages envoyé par la poste qui comportait le POMS, le *Functional Living Index-Cancer* (FLIC) et le *Cancer Reabilitation Evaluation System* (CARES) de même que le MOS SF 36. Le taux de réponse a été de 73 % (69 patientes sur 94) dans le groupe « deux ans » et de 80 % (70 patientes sur 88) dans le groupe « trois ans ».

Bien que le MOS-SF36 ait montré, chez les survivantes de cancer du sein, globalement de meilleurs scores que chez d'autres sujets atteints de pathologie chronique, l'analyse détaillée des items recueillis par l'échelle CARES montre que persistent de nombreuses difficultés. C'est ainsi que sur l'échantillon « deux ans », 68 % des femmes rapportent une baisse d'énergie et 71 % sur l'échantillon à « trois ans », de même qu'une baisse des activités de loisirs (respectivement 46 % et 53 %), alors que 48 % sont anxieuses dans le premier groupe avant la consultation et 56 % dans le second groupe, 66 % étant anxieuses en attendant les résultats du bilan dans le groupe « deux ans » et 81 % dans le groupe « trois ans ».

Presque la moitié des femmes des deux échantillons (42 à 48 % dans le groupe « deux ans », 43 à 51 % dans le groupe « trois ans ») continuent à avoir des difficultés avec leur image corporelle, 49 % ne se sentant plus désirables dans chacun des groupes, 57 % signalant des difficultés de lubrification vaginale dans le groupe « deux ans » (64 % dans le groupe « trois ans »). Cinquante-cinq pour cent déclarent éprouver des difficultés à atteindre l'orgasme dans le groupe « 2 ans » (52 % dans le groupe « 3 ans »).

Une évaluation neuropsychologique a été réalisée chez 28 femmes ayant un cancer du sein stade I ou II, à distance de la fin de leur chimiothérapie (5 à 12 mois après) [58]. Bien que le niveau intellectuel de ces femmes avant traitement ait pu être estimé à un QI de 113, leurs performances ont été trouvées inférieures à ce qui était prévisible, particulièrement pour la mémoire, la souplesse mentale, la rapidité de l'attention, la concentration, des capacités visuo-spatiales et de la fonction motrice. Parmi

ces femmes, 75 % ont eu un écart de -2DS à au moins l'une de ces mesures. Cette atteinte n'est pas corrélée à la présence de signes de dépression (évalués par le BDI), mais est corrélée à la durée de la chimiothérapie.

Conclusion : les difficultés des femmes traitées pour cancer du sein étant multifactorielles, les études psychosociales larges sont recommandées.

Évolution des troubles dans le temps

Ont été retenues dans cette **analyse** 16 études prospectives utilisant des outils d'évaluation standardisés de la souffrance psychique *(Tableau III)*. De ce fait, les études de Holmberg *et al.* [59-61] ne figurent pas dans cette analyse.

Parmi ces études, celle de Ganz *et al.* [62] mérite d'être particulièrement détaillée : entre le 20 mai 1987 et le 31 décembre 1988, 246 femmes atteintes de cancer du sein stade I ou II habitant Los Angeles se sont vu proposer d'entrer dans un essai randomisé testant 2 modalités différentes d'intervention de réhabilitation. Parmi ces femmes, 127 refusèrent leur inclusion, 8 furent perdues de vue, et 2 eurent une évolution atypique. Aucune différence n'a été trouvée, concernant l'âge, le statut marital ou l'origine ethnique, entre les 109 femmes ayant accepté de participer à l'étude et celles qui ont refusé. Aucune différence n'ayant été trouvée entre les deux modalités d'intervention de réhabilitation, les résultats de l'ensemble de ces femmes sont présentés.

Lors de l'étude de Ganz *et al.* [62], qui se poursuivit jusqu'au 30 novembre 1990, au total 253 femmes acceptèrent de participer à la première étude (le nombre des femmes ayant refusé de participer à l'étude n'est pas donné ; il est possible que l'absence d'assurance ait été un facteur de décision). Parmi elles, 11 furent considérées secondairement comme ne remplissant pas les critères d'inclusion, et 15 furent perdues de vue. L'échantillon de cette première étude est donc de 227 femmes.

La seconde étude ici rapportée porte sur les 182 premières patientes de l'étude précédente (dont la date de recrutement s'arrête au 31 mars 1990). Cet échantillon a été séparé rétrospectivement, en deux sous-groupes, selon le délai écoulé depuis la date du diagnostic :

1. le « groupe deux ans », de 94 personnes, est constitué des femmes recrutées lors de la seconde partie de la première étude ;
2. le groupe « trois ans », de 88 personnes, est constitué des femmes recrutées lors de la première moitié de la première étude. 139 patientes (77 % des sujets) ont rempli un questionnaire de 44 pages envoyé par la poste qui comportait le POMS, le *Functional Living Index-Cancer* (FLIC) et le *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES). Le taux de réponse a été de 73 % (69 patientes sur 94) dans le groupe « deux ans » et de 80 % (70 patientes sur 88) dans le groupe « trois ans ».

Les résultats de la POMS et du FLIC montrent qu'il existe une diminution de la

souffrance psychique et une augmentation de la qualité de vie entre le premier mois et la première année (p = 0,001) pour les deux échantillons, mais qu'il n'y a plus d'amélioration ultérieure durant la seconde et la troisième année de surveillance.

Pour ce qui est du CARES, les deux échantillons ont, à 1 an, une amélioration des scores aussi bien global que pour le domaine physique, le domaine psycho-social, et le domaine des relations avec le corps médical. Il n'y a pas d'amélioration ultérieure pour les deuxièmes et troisièmes années.

Par rapport aux résultats à un an, l'échantillon deux ans (69 cas) présente des résultats dégradés dans le domaine sexuel (p = 0,001) alors que l'échantillon trois ans (70 cas) a des résultats dégradés à la fois sur le score global (p = 0,0004), sur les interactions conjugales (p = 0,0016), sur le domaine physique (p = 0,03), sur le domaine psycho-social (p = 0,09) et sur le domaine sexuel (p = 0,001). Concernant spécifiquement le domaine sexuel, il n'y a pas de récupération de l'état antérieur durant la première année après cancer du sein et les résultats des échantillons à deux et trois ans montrent une dégradation supplémentaire.

Le score global de qualité de vie du CARES décline significativement entre la première et la troisième année (p = 0,004), de même que les résultats du domaine physique (p = 0,03), du domaine psychosocial (p = 0,009), du domaine sexuel (p = 0,001) et du domaine conjugal (p = 0,002). Pour la comparaison entre les résultats de première et de deuxième année, la seule différence significative est une dégradation du domaine sexuel (p = 0,001).

Dans une étude transversale non rapportée dans le *Tableau III*, Halttunen *et al.* [63] ont interviewé 22 femmes survivantes à 8 ans : 11 d'entre elles avaient encore des pensées plus ou moins fréquentes de risque de rechute, et seulement 8 d'entre elles se considéraient guéries. Cette étude montre la persistance des difficultés psychologiques.

Au total : sur 16 études, 12 permettent des comparaisons entre : 1) 3 mois et 1 an ; 2) entre 1 an et 2 ou 3 ans. Entre 3 mois et 1 an, 8 études ne montrent pas de différence significative, tandis que 6 montrent une diminution significative de la détresse psychologique des femmes. Entre 1 an et 2 ou 3 ans, 6 études ne montrent pas de différence significative, 1 seule étude montre une diminution de la détresse psychologique.

Au total : La prévalence de la détresse psychologique, de la dépression, de l'anxiété et des problèmes sexuels tend à diminuer durant la première année après la chirurgie. Cependant, après la fin de la première année, un taux résiduel de ces troubles persiste.

Van't Spijker *et al.* [29], dans leur méta-analyse de 58 études sur les séquelles psychologiques du cancer (tous sites), trouvent que l'anxiété des patients décroît avec le temps, mais pas la dépression. Par ailleurs, aucune corrélation n'est trouvée dans cette méta-analyse, entre la souffrance psychique et les antécédents psychiatriques.

Sont-ce les mêmes femmes qui sont déprimées au moment de l'opération et à 1 an ?

Tableau III. Évolution dans le temps des difficultés psychologiques des femmes atteintes de cancer du sein non métastatique (p_1 : calculé entre l'évaluation des 3 premiers mois et l'évaluation comprise entre 12-15 mois ; p_2 : calculé entre l'évaluation comprise entre le 12-15 mois et la suivante).

Auteur Année Pays	**Type d'étude (date des évaluations)**	**Patientes**	**Perdus de vue**	**Échelles (*cut-off*)***	**Résultats**	**Significativité**	**Critiques méthodologiques**
Ganz, 1996 [57] USA	prospectif (1 mois) (1 an) (2 ans)	N = 69 K sein I et II	> 35 %	POMS FLIC (moyennes)	POMS : 1 mois : 13,42 ; 1 an : 5,94 ; 2 ans : 11,15 FLIC : 1 mois : 117 ; 1 an : 127 ; 2 ans : 129	POMS : p_1 = 0,03 p_2 = 0,095 NS FLIC : p_1 = 0,0001 p_2 = 0,28 NS	échantillon sélectionné
Ganz, 1996 [57] USA	prospectif (1 mois) (1 an) (3 ans)	N = 70 K sein I et II	> 35 %	POMS FLIC (moyennes)	POMS : 1 mois : 15,77 ; 1 an : 6,30 ; 3 ans : 7,88 FLIC : 1 mois : 117 ; 1 an : 127 ; 3 ans : 127	POMS : p_1 = 0,007 p_2 = 0,59 NS FLIC : p_1 = 0,0001 p_2 = 0,81 NS	échantillon sélectionné
Ramirez, 1995 [39] UK	prospectif (pré-opératoire) (3 mois) (12 mois)	N = 102 (série consécutive) K sein I et II < 70 ans	11 %	PSE (> normal)	PSE : pré-op : 41 % 3 mois : 29 % 12 mois : 25 %		
Rjiken, 1995 [42] Pays-Bas	prospective (1 mois) (7 mois)	N = 112 K sein de 50 à 80 ans stade I ou II	non précisé	CES-D (> 16)	1 mois : 29 % 7 mois : 23 %		constitution de la cohorte non précisée
Goldberg, 1992 [20] UK	prospective série consécutive (pré-op) (6 mois) (12 mois)	N = 166	15 %	RSCL	dépression : pré-op : 32 % 6 mois : 24 % ; 1 an : 21 % anxiété : pré-op : 51 % 6 mois : 29 % ; 1 an : 27 % problèmes sexuels : pré-op : 31 % 6 mois : 40 % ; 1 an : 30 %	dépression : p_1 = 0,002 anxiété : p_1 < 0,001 pb sexuels : p_1 : NS	
Lee, 1992 [27] UK	prospective (avant diagnostic) (3 mois) (12 mois)	N = 197, série consécutive K sein opérables < 70 ans	3 mois : 12,2 % 12 mois : 20 %	PSE	dépression : avant diagnostic : 7 % 3 mois : 7,5 % 12 mois : 3,8 % anxiété : avant diagnostic : 17,8 % 3 mois : 12,7 % 12 mois : 8,2 %		
Levy, 1992 [64] USA	prospective (post-chirurgie) (3 mois) (15 mois)	N = 90 K sein, I et II	?	POMS (moyenne total)	post-chir : 28,3 3 mois : 21,7 15 mois : 17	p_1 < 0,001	

Tableau III (suite).

Auteur Année Pays	Type d'étude (date des évaluations)	Patientes	Perdus de vue	Échelles (*cut-off*)*	Résultats	Significativité	Critiques méthodo-logiques
Ganz, 1992 [62] USA	prospectif (1 mois) (4 mois) (7 mois) (13 mois)	N = 109 K sein stades I et II	8,4 %	POMS (moyenne score total)	1 mois : 14,9 4 mois : 13 7 mois : 7,2 13 mois : 5,5	p_1 = 0,0001	échantillon sélectionné
Maunsell, 1992 [65] Canada	prospectif (3 mois) (18 mois)	N = 102 K sein I, II	4 mois : 4 % 18 mois : 13 %	80PSI (*cut-off* > 31)	3 mois : 32,4 % 18 mois : 28,4 %		
Fallow-field, 1990 [26] UK	prospectif (2 semaines) (3 mois) (12 mois)	N = 269 K sein I ou II < 75 ans	7,8 %	HAD RSCL STAI PSE	anxiété : 2 sem. : 39,4 % 3 mois : 31,7 % 12 mois : 27,4 % dépression : 2 sem. : 25,7 % 3 mois : 22 % 12 mois : 20,1 %		les modalités déterminant l'anxiété et la dépression ne sont pas précisées
Wolberg, 1989 [21] USA	prospectif (fin de tt) (16 mois)	N = 78 K sein mastectomie	fin de tt : 17 % 16 mois : 26 %	POMS (médiane) PAIS (médiane)	POMS : fin de tt : 19 16 mois : 10,5 PAIS : fin de tt : 19 16 mois : 16		- constitution de la cohorte peu décrite - nombre important de perdus de vue
Dean, 1987 [22] UK	prospectif (pré-op) (3 mois) (12 mois)	N = 122, série consécutive K sein non métastatique de 20 à 60 ans	3 mois : 7,5 % 1 an : 10 %	GHQ (> 11) PSE RDC	GHQ : pré-op : 31 % 3 mois : 19 % ; 1 an : 12,8 % PSE : pré-op : 15 % 3 mois : 10 % ; 1 an : 5 % RDC : pré-op : 46,5 % 3 mois : 29 % ; 1 an : 26 %		
Hughson, 1986 [46] UK	prospectif (1 mois) (3 mois) (6 mois) (13 mois) (18 mois) (2 ans)	N = 74 série consécutive K sein stade II < 70 ans	8 %	GHQ (> 11) *Leeds General Scale* (> 6)	GHQ : 1 mois : 27 % ; 3 mois : 32 % 6 mois : 25 % ; 13 mois : 29 % 18 mois : 12,5 % ; 2 ans : 11 % *Leeds scale* : dépression 1 mois : 15 % ; 3 mois : 12 % 6 mois : 14 % ; 13 mois : 17 % 18 mois : 7 % ; 2 ans : 7 % *Leeds scale* : anxiété : 1 mois : 22 % ; 3 mois : 22 % 6 mois : 24 % ; 13 mois : 20 % 18 mois : 12,5 % ; 2 ans : 19 %		

Tableau III (suite).

Auteur Année Pays	Type d'étude (date des évaluations)	Patientes	Perdus de vue	Échelles (*cut-off*)*	Résultats	Significativité	Critiques méthodo-logiques
Gottschalk, 1986 [23] USA	prospectif (1-3 mois) (10-12 mois après chirurgie)	N = 123 K sein I et II mastectomie	1,7 %	SCL = 90 (moyenne)	dépression : 3 mois : 21,7 12 mois : 18,8 anxiété : 3 mois : 22 12 mois : 24		- constitution de la cohorte peu précisée
Maguire, 1978 [24] UK	prospectif (4 mois) (1 an)	N = 75 série consécutive mastectomie	9 %	Entretiens semi-structurés	dépression modérée à sévère : 4 mois : 27 % ; 1 an : 21 % anxiété (modérée à sévère) : 4 mois : 21 % ; 1 an : 19 % difficultés sexuelles : 4 mois : 40 % ; 1 an : 33 %		
Morris, 1977 [25] UK	prospectif (pré-biopsy) (3 mois) (1 an) (2 ans)	N = 69	1 an : 18 % 2 ans : 28 %	HDRS (*cut-off* > 10)	pré-biopsie : 22 % 3 mois : 17 % 1 an : 23 % 2 ans : 22 %		nombre des perdus de vue seuil HDRS bas

* Ne figurent sur ce tableau que les échelles évaluant spécifiquement l'anxiété, la dépression ou les difficultés sexuelles. Les échelles non connues par les experts et non fréquemment utilisées dans la littérature ont été omises.

Lee *et al.* [27], dans leur étude de 197 femmes (série consécutive), en trouvent 8 déprimées à 1 an : ces 8 femmes ne l'étaient pas aux évaluations précédentes (avant la chirurgie et 3 mois après). Ramirez *et al.* [39], dans leur étude prospective sur 91 patientes, ont trouvé que seulement 5 des 20 femmes considérées comme dépressives en pré-opératoire continuent à être déprimées en post-opératoire, tandis que 15 nouvelles patientes ont développé en post-opératoire une dépression qui n'existait pas précédemment. En revanche, Maunsell *et al.* [65], sur une population de 205 femmes traitées pour cancer du sein, trouvent que les femmes ayant des antécédents de dépression ont significativement ($p < 0,0001$) plus de scores élevés au PSI, 18 mois après le traitement initial, que les femmes n'ayant pas de tels antécédents.

L'arrêt des traitements : Ward *et al.* [66] ont évalué 38 femmes atteintes de cancer du sein, au début de leur chimiothérapie, dans la semaine qui a suivi l'arrêt de la chimiothérapie, puis à la fin de la radiothérapie. Bien que les scores de dépression baissent régulièrement d'une évaluation à l'autre, 30 % des femmes ont mentionné que l'arrêt des traitements était dérangeant *(upset)*. Ces femmes étaient plus déprimées que les autres et considéraient leur maladie comme chronique.

Il est recommandé de continuer à rechercher la détresse psychologique, la dépression, l'anxiété et les problèmes sexuels après la première année.

Facteurs de risque

Isolement social et morbidité

Une **revue de la littérature** portant sur 29 articles parus entre 1987 et 1993 sur le rôle du soutien social dans l'adaptation au cancer (tous sites) [67] conclut que les patients qui confient leurs peurs et leurs préoccupations à leur conjoint ou des amis proches vont mieux émotionnellement.

Concernant plus spécifiquement le cancer du sein, deux **revues de la littérature** [2, 68, 69] arrivent aux mêmes conclusions.

Par ailleurs, il existe des corrélations entre isolement social et mauvais pronostic :

Maunsell *et al.* [70] ont évalué, en 1984, 4 mois après la chirurgie, 224 femmes traitées pour un cancer du sein stade I, II ou III. L'une des questions portait sur le nombre de confidents durant les 3 mois post-chirurgie. Puis, en 1992, les auteurs ont établi des courbes de survie en fonction du nombre de confidents : la survie à 7 ans étant de 56,3 %, 66,2 % et 76 % respectivement pour les femmes ayant eu aucun, 1 et 2 ou plus confidents (p log rank = 0,077).

Reynolds *et al.* [71] ont évalué, chez 525 femmes noires et 486 femmes blanches nouvellement diagnostiquées d'un cancer du sein en 1985-86, la relation entre lien social, stade de la maladie et survie à 5 ans. Les femmes ayant peu de support social, quel que soit leur groupe, ont présenté un taux de mortalité lié à leur maladie plus important que les autres (RR = 1,8 ; 95 % CI = 1,3-2,7).

Waxler-Morrison *et al.* [72] ont étudié une cohorte de 133 femmes depuis le moment du diagnostic jusqu'à un recul de 4 ans. Un meilleur taux de survie a été trouvé corrélé à :

1. un nombre d'amis > 2 (p = 0,0005) ;
2. un nombre de personnes soutenantes > 10 (p = 0,0002) ;
3. au fait de ne pas travailler (p = 0,0003) ;
4. à un contact quotidien avec des amis (p = 0,0005) et à un réseau social large (p = 0,0006).

Le soutien social apporté par la famille et les amis proches est bénéfique. Il est recommandé que le praticien incite l'entourage à ce soutien psychologique et le valorise.

Le *coping* inadapté

Le *coping* a été défini par Lazarus et Folkman en 1984 comme « les efforts cognitifs et comportementaux toujours renouvelés de la personne pour gérer des exigences spécifiques externes ou internes qui sont évaluées comme mettant à l'épreuve ou

excédant les ressources de cette personne » [73]. Le *Tableau IV* en fournit des exemples.

Tableau IV. Revue de Heim [74] : liste des modalités de *coping* corrélées à la qualité de l'adaptation (corrélation trouvée au moins 3 fois dans la littérature, par ordre décroissant de fréquence).

Items corrélés avec une bonne adaptation (nbre d'études)	Items corrélés avec une mauvaise adaptation (nbre d'études)
attention et soin (7)	résignation/fatalisme (7)
position d'attaquant (7)	dissimulation de la gravité (4)
analyse de problème (6)	
dissimulation de la gravité (5)	
acceptation/stoïcisme (3)	
diversion dans l'action (3)	
optimisme (3)	
relativisation (3)	
valorisation (3)	

Une vaste littérature est consacrée aux relations entre diverses modalités de *coping* et : 1) la qualité de l'ajustement, mesurée soit par des échelles de détresse psychique, soit par des échelles de qualité de vie ; 2) l'évolution du cancer : ce point sort du cadre de ce travail.

Cette littérature soulève trois problèmes : 1) un manque de clarté et de stabilité des définitions des diverses modalités de *coping* [74] ; 2) un manque de consensus sur les outils d'évaluation [75, 76]. Depuis peu, l'échelle *Mental Adjustment to Cancer* (MAC) [77] suscite l'intérêt des chercheurs, mais les résultats avec cette échelle restent préliminaires. 3) L'établissement de corrélations ne permet pas une conclusion de causalité. Il n'est pas exclu que certaines modalités de *coping*, comme le désespoir, soient aussi des indicateurs de souffrance psychique.

Une méta-analyse datant de 1991 réalisée par Heim [74] recense 1 500 publications entre 1983 et 1990 avec les mots clés : cancer, *coping and good/bad*, *adaptive/ maladaptive*, *outcome*, *distress*, *discomfort*, *emotion*, *adjustement*, *survival*. Source : *US National Library of Medicine*. Seules 14 études corrélant les modalités du *coping* à la qualité de l'adaptation sont retenues dans cette méta-analyse, incluant 2 000 patients de tout âge et localisation *(Tableau IV)*.

Une même modalité de *coping* (dissimulation de la gravité) a été trouvée corrélée à

la fois à une bonne adaptation et à une mauvaise. Peut-être s'agit-il de variations culturelles.

La méta-analyse de Heim s'est heurtée au problème de l'absence de consensus sur la dénomination des items : pour plusieurs études, l'auteur a « traduit » la formulation des auteurs, pour rendre comparable les données entre elles : ce point est l'aspect le plus critiquable de cette méta-analyse.

D'autres études ont été publiées depuis. Elles figurent dans le *Tableau V*.

Tableau V. Études postérieures à 1991, corrélant modalités de *coping* et qualité de l'adaptation.

Auteurs Année Pays	**Patients**	**Outil *coping***	**Outil détresse psychique**	**Items corrélés avec une bonne adaptation**	**Items corrélés avec une mauvaise adaptation**
Schnoll, 1995 [78] USA	**58 K tous sites en cours de tt**	MAC	POMS	ré-évaluation +	désespoir
Carver, 1994 [79] USA	**70 K sein nouvellement diagnostiqués**	LOT	POMS		pessimisme
Ferrero, 1994 [80] Espagne	**68 K sein nouvellement diagnostiqués**	MAC	LOT	esprit de combat déni	impuissance/ désespoir préoccupations anxieuses fatalisme
Watson, 1994 [77] UK	**573 K tous sites tous stades**	MAC	HAD	esprit de combat $p < 0,001$	impuissance/ désespoir préoccupations anxieuses

Enfin, Van't Spijker *et al.* [29], dans leur revue descriptive de 58 études tous sites tous stades, ont trouvé que dans 5 études, l'optimisme, l'esprit de lutte et un *coping* de « faire face » sont corrélés avec une bonne qualité de l'ajustement, tandis qu'une acceptation passive, un évitement, un déni, une appréciation du cancer comme une menace, un sentiment de perte de contrôle et un questionnement sur « pourquoi moi ? » sont corrélés avec un mauvais ajustement dans 9 études.

Le médecin doit être alerté par l'existence d'un désespoir, d'un sentiment d'impuissance ou d'une résignation (grade C).

En l'absence de preuve du bénéfice d'une intervention sur les modalités de *coping*, il est recommandé de respecter les modalités choisies par la patiente.

L'âge

Les femmes plus jeunes semblent présenter une détresse psychologique plus importante à l'annonce d'un cancer du sein que les femmes plus âgées.

Ramirez *et al.* [39] ont évalué en pré-opératoire, à 3 mois et à 6 mois, chez 89 patientes atteintes de cancer du sein non métastatique, l'existence d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, en utilisant un entretien semi-structuré (PSE). Les femmes de moins de 50 ans ont été trouvées significativement plus anxio-dépressives que les femmes plus âgées ($p = 0{,}006$). Vinokur *et al.* [81] confirme ces résultats sur un échantillon de 274 femmes atteintes de cancer du sein 10 mois après le diagnostic : les femmes jeunes (< 60 ans) qui présentent une atteinte physique ont une détresse psychique plus grande que les femmes de plus de 60 ans.

Van't Spijker *et al.* [29], dans leur revue de 58 études tous sites, ont trouvé que les patients de moins de 50 ans présentent significativement plus de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique que les patients de plus de 50 ans. Des résultats confirmés par Harrison et Maguire [82] sur 520 patients atteints de cancers tous sites, par l'utilisation du DSM-III durant la période des 2 mois suivant le diagnostic.

Les femmes de moins de 50 ans présentent davantage de détresse que les femmes de plus de 50 ans.

En fait, il est probable que âge, environnement social et modalités de *coping* soient des variables non indépendantes. En l'absence d'études sur cohortes avec analyses multivariées, des conclusions restent difficiles à tirer. Il existe probablement des sous-populations que l'on ne sait pas encore définir.

La nature de l'intervention chirurgicale

En 1991, Kiebert *et al.* [83], dans une revue, ont recensé 18 études comparant la morbidité psychosociale après mastectomie *versus* tumorectomie. Sur ces 18 articles, des critères plus stricts que ceux appliqués par les auteurs (taille minimale de l'échantillon > 50, utilisation d'outils d'évaluation standardisés, échantillon représentatif) conduisent à en éliminer 9. Aucune différence n'est trouvée entre les femmes ayant subi une tumorectomie et les femmes ayant subi une mastectomie en ce qui concerne

la morbidité psychosociale, notamment la dépression et l'anxiété. Néanmoins, les femmes ayant subi une mastectomie présentent davantage d'atteinte de l'image de soi et de troubles de la sexualité que les femmes ayant subi une tumorectomie. Deux **revues de la littérature** confirment cette analyse [2, 84].

Depuis cette date, au moins 5 études méthodologiquement plus rigoureuses, notamment par l'emploi d'outils d'évaluation standardisés validés, sont parues : Goldberg [20], Schain [85], Levy [64], Lee [27], Ganz [62]. Toutes les 5 confirment les données précédentes.

Les femmes ayant subi une tumorectomie ne présentent pas moins de détresse psychologique que les femmes ayant subi une mastectomie. Néanmoins, elles présentent moins d'atteinte de l'image de soi et de troubles de la sexualité que celles ayant subi une mastectomie.

Les récepteurs hormonaux

La question d'un éventuel rapport entre l'adaptation psychologique et les récepteurs hormonaux s'est trouvée posée ces dernières années. Razavi *et al.* [86] ont trouvé, chez 93 patientes consécutives évaluées durant leur radiothérapie, que les 75 femmes ayant des récepteurs positifs (œstrogènes et/ou progestérone) étaient mieux ajustées psychologiquement que les 18 femmes récepteurs négatifs. Ce résultat n'a été confirmé ni par Rosenqvist *et al.* [87], ni par Tjemsland *et al.* [88].

Existence d'une symptomatologie physique séquellaire

L'ajustement psychosocial est altéré s'il existe une symptomatologie physique séquellaire [2], en particulier la prise de poids, les douleurs séquellaires et le lymphœdème.

La symptomatologie physique séquellaire comprend :

La prise de poids

Une recherche bibliographique complémentaire a été réalisée : *related article* à partir de Chlebowski [89].

Plusieurs études concordent :

Une **revue de la littérature** [90] conclut qu'une prise de poids significative survient chez 50 à 96 % des femmes traitées pour un cancer du sein non métastatique par chimiothérapie adjuvante. Cette prise de poids est le plus souvent comprise entre 2,5 et 6,2 kg, mais des prises de poids de plus de 10 kg ne sont pas rares. Cette donnée est confirmée par une étude de qualité de vie, qui trouve 58 % de prise de poids

dans une population de 448 patientes ayant un recul depuis leur cancer de 2 à 10 ans (étude transversale) [28].

Hoskin *et al.* [91] ont étudié pendant 2 à 3 ans les changements de poids chez 92 femmes consécutives atteintes de cancer du sein non métastatique : 60 femmes prenant du tamoxifène et 32 n'en prenant pas. Une prise de poids significative a été observée uniquement dans le groupe prenant du tamoxifène, à la fois pour les femmes non ménopausées ($p < 0,01$) et les femmes ménopausées ($p < 0,05$).

Une prise de poids survient chez plus de la moitié des femmes traitées pour cancer du sein. Les raisons de cette prise de poids sont mal identifiées. Les patientes devraient être informées de ce risque et les variations pondérales doivent être surveillées.

Les douleurs séquellaires

Lee *et al.* [27], chez 197 femmes de moins de 70 ans opérées d'un cancer du sein ayant un recul d'un an, ont trouvé significativement ($p = 0,001$) plus de dépression et d'anxiété à la PSE chez les femmes présentant des douleurs que chez les autres.

La douleur séquellaire doit être dépistée, et traitée.

Le lymphœdème

Bien que cette complication ait beaucoup régressé en fréquence, le lymphœdème demeure, pour toute femme atteinte de cancer du sein, une menace permanente sur le long terme l'obligeant à de nombreuses et handicapantes précautions.

Lorsqu'il apparaît, il fait craindre à la femme une reprise évolutive ; il semble que cette crainte retarde la consultation, et donc la mise en route du traitement. Par ailleurs, il culpabilise la femme dont le lymphœdème survient après une imprudence.

Tobin *et al.* [92] ont comparé 50 femmes présentant un lymphœdème après un délai d'au moins un an après leurs traitements, à 50 femmes de même diagnostic, âge et type de traitements, sans lymphœdème. Il a montré que les femmes ayant un lymphœdème présentaient une détérioration fonctionnelle importante de leur bras atteint, ainsi qu'une atteinte de leur fonctionnement global (évaluation sur le score de Karnofsky). De plus, elles présentaient des scores d'anxiété et de dépression plus élevés à l'interview structuré (*Clinical Interview Schedule* = un interview validé et souvent utilisé en recherche psychiatrique). Toutefois, ces résultats n'ont pas été retrouvés à l'HAD. Surtout, à la PAIS, les femmes avec lymphœdème ont obtenu des scores significativement plus élevés que les témoins dans 5 des 7 domaines de cette échelle.

Passik *et al.* [93] ont étudié, chez 69 femmes atteintes de lymphœdème, la détresse psychologique, en utilisant une version de la SCL-90 (ils ont également utilisé 6 autres questionnaires qui ne paraissent pas validés). L'intensité de la détresse psy-

chique n'est pas corrélée avec la sévérité du lymphœdème, mais avec l'existence d'une douleur > 4 sur une échelle de 0-10 (r = 0,52). Dans cet échantillon, 25 % des femmes ont une douleur > 4.

Les femmes doivent recevoir une information adéquate concernant le risque de lymphœdème secondaire et sa prévention. Leur compliance aux mesures de prévention doit être régulièrement soutenue lors des consultations de suivi.

Existence de troubles sexuels induits par une ménopause précoce iatrogène

Moadel *et al.* [94] ont recensé 8 études s'intéressant au fonctionnement sexuel des femmes subissant un déficit ovarien iatrogénique après traitement anti-cancéreux : 45 à 80 % de ces femmes rapportent des difficultés sexuelles, une baisse de la libido, une diminution de l'excitation, des difficultés à atteindre l'orgasme et des douleurs durant les rapports.

Or, le traitement hormonal œstrogénique substitutif est contre-indiqué. L'efficacité d'autres traitements actuellement en cours d'étude dans le cadre des traitements substitutifs de la femme ménopausée devrait être étudiée de façon spécifique chez ces femmes.

En l'absence de possibilité d'utiliser un traitement hormonal œstrogénique substitutif, actuellement contre-indiqué chez ces femmes, des essais thérapeutiques devraient être conduits avec d'autres traitements.

La prise de tamoxifène

Love *et al.* [95] ont étudié chez 140 femmes ménopausées de moins de 65 ans ayant un cancer en rémission, les effets secondaires du tamoxifène, au cours d'une étude randomisée contre placebo. Les femmes ont été évaluées à 3, 6, 12, 18 et 24 mois. Les femmes ayant reçu du tamoxifène ont présenté plus de bouffées de chaleur modérées à sévères que les femmes sous placebo (+ 17 %), et davantage de symptômes gynécologiques (+ 4 %). La différence est plus grande quand ces symptômes sont analysés en terme de persistance (48 % pour le groupe tamoxifène ; 21 % pour le groupe placebo).

Outre ces effets hormonaux, le tamoxifène favoriserait l'apparition de syndromes dépressifs :

Cathcart *et al.* [96] ont étudié une sous-population de femmes traitées pour cancer du sein sans envahissement ganglionnaire incluses dans un essai thérapeutique (257 de 301 patients). Les évaluations cliniques (pas d'échelles) ont été réalisées entre 6 et 12 mois après la fin des traitements initiaux. Vingt-six patientes ont été trouvées déprimées : soit, 15 % du groupe traité par tamoxifène *versus* 3 % du groupe sans

tamoxifène ($p < 0,005$). Shariff *et al.* [97], dans une étude prospective mais non contrôlée (niveau de preuve inférieur à l'étude précédente) chez 42 femmes atteintes de cancer du sein stade I ou II ménopausées, ont évalué la dépression (*IPAT depression Scale* : échelle non connue des experts) avant le début du traitement par tamoxifène puis après 8 mois de traitement. Lors de la seconde évaluation, les femmes ont présenté une élévation significative des scores de dépression ($p < 0,05$) et 7 % ont développé une dépression clinique.

L'efficacité des traitements antidépresseurs chez ces patientes devrait être évaluée.

Enfin, Ron *et al.* [98] ont rapporté 2 cas d'épisodes délirants aigus organiques attribués au tamoxifène.

Il convient d'être attentif au risque de dépression chez les femmes traitées par tamoxifène (grade B).

Comment les identifier ?

Les médecins non psychiatres détectent moins bien les pathologies psychiatriques présentes chez les patients atteints de maladie organique que les psychiatres.

Ormel *et al.* [99] ont évalué par PSE 1 450 patients consultant auprès de leur médecin généraliste. La sensibilité du jugement des médecins généralistes comparée à la PSE a été de 56 %, et la spécificité de 91 %. Goldberg et Bridges [100] ont comparé, chez 283 patients consultant en médecine générale, le diagnostic fait par le médecin généraliste et celui fait, d'après le DSM-III, par un psychiatre. Les performances des médecins généralistes ont été : sensibilité : 48,5 % ; spécificité : 84,5 % ; valeur prédictive positive : 60,7 %. Schulberg *et al.* [101] ont comparé, chez 294 patients consultant en médecine générale, le diagnostic fait par le médecin généraliste à celui obtenu par l'utilisation du DIS *(Diagnostic Interview Schedule)* par un psychiatre : sensibilité ; performance des médecins généralistes : 26 % ; spécificité : 98 % ; valeur prédictive positive : 58 %. Skuse et Williams [102], chez 66 patients ont comparé les diagnostics de leur médecin généraliste avec celui d'un psychiatre utilisant le *General Practice Research Unit Clinical Interview Schedule* ; performance des médecins généralistes : sensibilité : 51 % ; spécificité : 90 % ; valeur prédictive positive : 72 %. Maguire *et al.* [103] ont administré à 230 patients (dont 120 femmes) consécutivement admis dans 2 services de médecine générale, porteurs de pathologies somatiques diverses, d'abord un GHQ dès l'admission (voir *Annexe*) puis, aux

77 patients ayant un score > 11, un *Standardizes Psychiatric Interview*. Au terme de cette procédure, 45 patients ont reçu un diagnostic psychiatrique, dont 25 celui de maladie dépressive. Or, l'existence d'un problème psychiatrique n'avait été reconnu que chez 22 de ces patients, soit 49 %.

Une seule étude française a été trouvée. A Saint-Étienne, Cathébras [104], chez 100 patients hospitalisés dans un service de médecine interne à orientation psychosomatique, a trouvé que les médecins non psychiatres avaient diagnostiqué 70 % des dépressions identifiées par CIDI *(Composite Interview Diagnostic Interview)*.

De telles données existent en oncologie :

Cull *et al.* [105] ont montré, chez les 167 patients, hospitalisés ou ambulatoires, vus dans un département d'oncologie clinique durant une semaine, que les médecins méconnaissaient un grand nombre des problèmes psychosociaux de leurs patients ($p < 0,0001$ pour 12 items et $p < 0,0005$ pour 3 autres items). Ford *et al.* [106] ont fait remplir à 117 patients ambulatoires nouvellement référés dans un centre spécialisé, juste avant la consultation, 2 échelles de *screening* de la détresse (HAD et GHQ-30). Après la consultation, les oncologues ont évalué le niveau global de détresse de leur patient sur une échelle visuelle analogue. Sur les 5 oncologues ayant participé, 1 a obtenu de bonnes corrélations entre son évaluation de la détresse de ses patients et leur propre auto-évaluation ; 2 n'ont obtenu que des corrélations éparses et 2 n'ont obtenu aucune corrélation. Les articles de Jennings [107] et de Derogatis [108] n'ont pas été retenu dans cette **analyse de la littérature**, en raison de la petite taille de leurs échantillons.

Le NHS (1996) conclut sur ce thème : « les médecins non psychiatres et les infirmières ont une capacité limitée à reconnaître les difficultés psychologiques des femmes atteintes de cancer ».

Identification des Troubles de l'Adaptation

Le *gold standard* de l'identification des troubles de l'adaptation est le DSM-IV, associé à une interview semi-structurée ou structurée.

Il est recommandé de se référer aux critères DSM-IV pour identifier les troubles de l'adaptation.

Identification des troubles dépressifs et anxieux

Actuellement, il existe un consensus pour considérer que le *gold standard* de l'identification des troubles dépressifs et anxieux réside dans l'usage d'un système inter-

national de classification diagnostique (DSM-IV, CIM-10 ou *Research Diagnosic Criteria* de dépression majeure RDC) [109] associé à une interview diagnostique structurée. Cette méthode nécessite un entretien approfondi, réalisé par une personne entraînée (psychiatre ou infirmière psychiatrique). Son application en pratique courante est l'interview clinique recherchant les 9 critères de l'épisode dépressif majeur. Cette méthode est recommandée comme la plus efficace par les recommandations sur la dépression en soins primaires [53].

Toutefois, la question de la validité de ces outils chez le patient atteint de cancer a été posée par Endicott [110]. En effet, parmi les critères diagnostiques, se trouvent des critères somatiques pouvant être dus à la maladie elle-même (ex : perte de l'appétit ou perte de poids). Endicott [110] a proposé de substituer à ces critères des critères plus spécifiques, comme le retrait social *(Tableau VI)*. Toutefois, cette proposition n'a pas fait l'objet de validation spécifique. Kathol *et al.* [111] font une mise au point sur les problèmes posés par l'évaluation de la dépression chez les patients atteints de maladie organique.

Tableau VI. Propositions de substitution d'Endicott [110].

Critères DSM-IV	Propositions d'Endicott*
(3) Perte ou gain de poids significatif	Angoisse ou apparence déprimée du visage ou du corps (posture)
(4) Insomnie ou hypersomnie	Retrait social ou diminution de la loquacité
[6] Fatigue ou perte d'énergie	Rumination, apitoiement sur soi, ou pessimisme
(8) Diminution de l'aptitude à penser	Ne peut reprendre du courage, ne sourit pas, ne répond pas aux bonnes nouvelles ou aux situations drôles

* traduction par le groupe de travail.

Dans le cadre du suivi des femmes atteintes de cancer du sein non métastatique, ce problème est probablement moins aigu que chez des patients atteints de cancer et hospitalisés. Toutefois, ce problème doit être gardé à l'esprit, afin que d'éventuels signes généraux d'altération de l'état général ne soient pas confondus avec des signes de dépression.

Des échelles d'auto-évaluation assez simples sont aussi utilisables. Trois articles en proposent des revues [112-114]. Sont disponibles en français :

1. l'HAD, échelle mise au point spécifiquement pour le *screening* de la symptomatologie anxieuse et dépressive chez les patients atteints de maladie somatique ;
2. le GHQ, mis au point pour dépister les troubles psychiatriques chez des sujets de population générale ainsi que chez des patients consultant en médecine générale ;

3. le BDI, mesure destinée à permettre aux généralistes d'effectuer une évaluation rapide de l'intensité d'une dépression ;
4. la GDS : instrument de dépistage de la dépression de la personne âgée.

Ces outils se sont révélés permettre un bon *screening* de la dépression et de l'anxiété car elles détectent pratiquement tous les patients avec un épisode dépressif majeur (bonne sensibilité) ; toutefois, par rapport au *gold standard* qui détecte les syndromes dépressifs et anxieux, les échelles d'auto-évaluation détectent les symptômes dépressifs ou d'anxiété, soit à peu près deux fois plus de patients (spécificité faible) : elles servent donc à déterminer chez quels patients un entretien diagnostique plus approfondi doit être réalisé. Leur valeur prédictive positive est souvent faible.

Le *Tableau VII* montre la performance, sur des populations de patients atteints de cancer, de l'HAD et du GHQ. (Pour les autres échelles, il n'a pas été trouvé d'études portant sur des populations de patients atteints de cancer).

Notre choix, entre ces deux échelles, se porte sur l'HAD car :
1. elle comporte moins d'items ;
2. contrairement à la GHQ, elle évalue un état, et non une modification d'état ;
3. elle est centrée sur l'évaluation de la dépression et de l'anxiété.

Toutefois, Endicott [110] souligne que certains patients atteints de cancer peuvent être réticents à admettre leurs affects dépressifs, particulièrement quand les valeurs de courage, de lutte et de pensée positive ont été mis en avant dans les relations avec les soignants (faux négatifs). Dans ces cas, le comportement dépressif (visage triste, air abattu, ralentissement psycho-moteur, retrait social, etc.) garderait toute sa valeur diagnostique. La réticence des patients à admettre leurs affects dépressifs pourrait entrer dans le cadre plus vaste de la répression des émotions chez les patients atteints de cancer. Il existe une vaste littérature sur ce sujet, reviewée par Temoshok [119].

La question de l'acceptabilité, par les patients, de devoir remplir une échelle d'auto-évaluation a été considérée. En fait, plusieurs études ont montré, à l'étranger, que les patients atteints de cancer considèrent les études psycho-sociales comme une extension utile à leurs traitements. Les taux de refus de participation aux études chez les patients ambulatoires sont bas : 0 % pour Thomas *et al.* [40], 10 % pour Cordova *et al.* [52], 11 % pour Wolberg *et al.* [21], moins de 5 % pour Andrykowski [6], 4 % pour Iibbotson [115], 10 % pour Fallowfield [26], 5 % pour Levy *et al.* [64].

En France, Cathébras *et al.* [104], chez des patients hospitalisés dans un service universitaire de médecine interne, ont obtenu 30 % de refus de participation à l'étude. Les motifs ont été « le caractère trop intime ou trop direct des questions posées » ainsi qu'une crainte concernant d'éventuelles conséquences sur l'hospitalisation. Si ces échelles sont couramment utilisées en recherche, elles ne sont actuellement pratiquement pas utilisées en pratique courante. L'opposition à leur emploi s'appuie sur

Tableau VII. Performance d'échelles de screening de la dépression sur des populations de patients avec cancer.

Auteur Année	**Échelle**	***Cut-off***	**Population**	***Case criteria***	**Prévalence %**	***Gold standard***	**Spécificité %**	**Sensibilité %**	**Valeur prédictive positive %**
Ramirez, 1995 [39]	HAD	3 mois : 5 1 an : 6	91 K sein non métast. 3 mois 6 mois	D+	3 mois : 29 1 an : 25	PSE	3 mois : 52 1 an : 66	3 mois : 77 1 an : 77	3 mois : 38 1 an : 40
Ibbotson, 1994 [115]	HAD	19	161 K patients guéris H de J ou consultations	DM	12	DSM-III	95	92	72
Razavi, 1992 [34]	HAD	10	117 lymphomes consultation	D+	37	DSM-III-R	84	66	77
Hopwood, 1991 [116]	HAD Dépression	10	81 K sein évolutifs	D+	25 %	DSM-III	75	75	?
Razavi, 1990 [86]	HAD	19	210 cancers hospitalisés	DM	17	?	75	70	36
Hardman, 1989 [117]	GHQ-60	11/12	119 cancers hospitalisés tous sites	D+	24	PSE	66	79	43
Hughson, 1988 [118]	GHQ-60	24	75 cancers du sein (chimio)	D+	?	PSE	97	87	?
Ibbotson, 1994 [115]	GHQ-28	8	161 K patients guéris H de J ou consultations	DM	12	DSM-III	92	75	69
Hughson, 1988 [118]	GHQ-28	9/10	75 cancers du sein (chimio)	D+	?	PSE	92	93	74

DM = dépression majeure ; D+ = dépression et autres troubles affectifs.

la crainte qu'elles ne se substituent à l'indispensable relation thérapeutique, et conduisent à porter sur la patiente un regard réducteur. Chazot *et al.* [120], à Saint-Étienne, ont utilisé 2 échelles d'auto-évaluation des symptômes psychiatriques dans une population de patients hospitalisés pour maladie organique : sur 635 patients, ils n'ont eu que 12 refus (2 %) d'entrer dans le protocole. En Belgique, à Bruxelles, Razavi *et al.* [34] ont eu 7 refus de participer (5 %) sur 138 patients atteints de lymphome en consultation.

Pour Meakin [114], la non-utilisation, en pratique quotidienne, de ces moyens de *screening* provient du fait que ces échelles, actuellement, ne permettent pas une prédiction du traitement nécessaire et efficace.

Ce point pourrait inciter à utiliser les échelles d'hétéro-évaluation de dépression et d'anxiété, comme les échelles d'Hamilton. Malheureusement, ces échelles, qui nécessitent, elles, un entretien avec le patient, ne s'avèrent pas davantage spécifiques que les échelles d'auto-évaluation [121].

Pour rechercher les états dépressifs et anxieux, le médecin non spécialiste pourra s'aider d'échelles d'auto-évaluation type HAD (voir *Annexe III*).

Une alternative à l'usage des échelles d'auto-évaluation pourrait être le développement d'interviews standardisées brèves [51, 122]. Il est trop tôt pour juger de la validité de ces outils simplifiés, qui n'ont pas encore été traduits et validés en français [123].

Identification de l'État de Stress Post-traumatique

Actuellement, le diagnostic d'état de stress post-traumatique repose sur un entretien clinique associé aux critères diagnostiques du DSM-IV.

Plusieurs échelles d'auto-évaluation sont en cours de validation, mais elles ne sont pas encore traduites en français et ne peuvent être recommandées.

Il est recommandé de se référer aux critères DSM-IV pour identifier les états de stress post-traumatique.

Échelles de Qualité de Vie *(Tableau VIII)*

Plusieurs techniques sont possibles pour évaluer la qualité de vie : les entretiens

psychologiques, les échelles de mesures psychométriques, et la recherche d'index intégrant en une mesure unique la durée et la qualité de la survie [124, 125].

Tableau VIII. Domaines d'exploration des échelles de Qualité de Vie.

Échelles	Bien-être physique	Bien-être psycholo-gique	Bien-être sexuel	Bien-être social	Bien-être spirituel	Relation avec le corps médical	Demande d'aide
CARES [141] et CARES-SF [134]	+	+	+	+	-	+	+
EORTC QLQ-C30 [136]	+	+	-	+	-	-	-
FACT-G [138]	+	+	+	+	-	+	-
FLIC [140]	+	+	-	+	-	-	-
EORTC-QLQ C30 [136] QLQ-BR 23 [137]	+	+	+	+	-	-	-
FACT-B [135]	+	+	+	+	-	+	-
QOL-CS [56, 139] QOL-BC [139]	+	+	+	+	+	-	-

Les entretiens psychologiques qui ajoutent à l'appréciation subjective du médecin ou du psychologue une dimension thérapeutique ne sont pas aisément quantifiables ou reproductifs. Ils ne sont donc pas évaluables et nous ne nous en occuperons pas ici.

Les tentatives d'intégrer en une mesure unique la durée et la qualité de la survie sont basées sur le principe que la vie d'un individu peut être considérée selon deux composantes : la quantité de vie et la qualité de vie. Ce concept de QALY *(Quality Adjust Life Years)* [126] associé à la notion de TWIST (*Time Without Symptoms of the disease and Toxicity of treatment* ou temps de survie sans symptôme de maladie ou d'effet secondaire du traitement) a donné naissance au concept de Q-TWIST *(Quality-Adjusted Time Without Symptoms and Toxicity)* [127]. Cet indicateur permet de mesurer en mois ou en années le temps de survie sans symptôme de récidive ou d'effet secondaire du traitement, ajusté selon la qualité de vie. Le principal intérêt de ce type de concepts, qui n'est guère applicable qu'à des essais thérapeutiques, est de comparer de façon objective les résultats de plusieurs attitudes thérapeutiques, idéalement dans un cadre randomisé en prospectif. Il s'agit donc d'outils décisionnels de recherche plutôt que d'outils adaptés à la pratique quotidienne. Ils ne seront donc pas détaillés ici.

Les échelles d'évaluation psychométrique [128] peuvent être de deux types : les échelles d'auto-évaluation et les échelles nécessitant un évaluateur externe. Pour pouvoir être utilisée, une échelle psychométrique doit être valide et avoir de bonnes qualités métrologiques (voir *Annexe II*).

Les échelles de qualité de vie sont des questionnaires considérés comme instruments de mesure et comprenant plusieurs questions ou items [129].

Deux grands types d'échelle sont utilisés selon les modalités de réponses à un item [130] : les échelles visuelles analogiques dites « échelles ouvertes » et les échelles à choix multiples dites « échelles fermées ».

Dans une échelle visuelle analogique, l'item est représenté par une ligne généralement horizontale, continue, limitée à ses deux extrémités par les valeurs extrêmes du champ exploré (par exemple : je ne peux pas avoir plus mal - je ne ressens aucune douleur), le sujet se situant entre ces deux extrêmes par un trait coupant la ligne. Si ce système peut paraître facile et précis, le niveau d'abstraction peut le rendre impossible à utiliser seul par certains patients.

Les échelles fermées offrent la possibilité d'un choix entre deux ou plusieurs réponses prédéterminées. De façon générale, les échelles n'explorent que l'état présent ou au plus les tous derniers jours [130].

Pour identifier et analyser les principales échelles, la recherche bibliographique a été réalisée à partir de l'interrogation des mots-clés *Breast Cancer* et *Quality of Life* dans Medline et Pascal de 1987 à 1997 et complétée par un fonds propre et une interrogation spécifique sur les bases de données de langue française.

Au cours de cette recherche ont été trouvés des articles de synthèse, en particulier de Berzon [131-133], auteur qui s'est consacré depuis plusieurs années à un recensement le plus exhaustif possible de la bibliographie sur les échelles de qualité de vie. Berzon [133] a listé 123 échelles de qualité de vie de formes diverses consacrées aux patients cancéreux. Nous en avons sélectionné 8 sur les critères suivants : leur validité et leurs qualités métrologiques, leur caractère spécifiquement destiné au cancer et particulièrement au cancer du sein, leur caractère multidimensionnel, la fréquence de leur utilisation dans la littérature, leur éventuelle version en français.

Selon ces critères, cinq échelles générales ont été retenues, de même que les deux seules échelles spécifiques du site cancer du sein retrouvées dans la littérature et une échelle développée pour les survivants des cancers, adaptée au cancer du sein.

Les échelles générales *(Tableau IX)* figurent en *Annexe II*. Ce sont :
- la CARES ;
- la CARES-SF ;
- le QLQ-C 30 ;
- la FACT-G Scale ;
- le FLIC.

Trois échelles de qualité de vie spécifiques du site cancer du sein ont été trouvées, le *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire* qui s'applique à des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade II sous chimiothérapie que nous ne retiendrons donc pas, le QLQ-BR23 et le FACT-B. Une échelle explorant la qualité de vie des patients survivants d'un cancer, adaptée secondairement aux survivantes d'un cancer du sein sera également présentée (QOL-CS et QOL-BC).

1. *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer - Specific Quality-of-Life Questionnaire module : First Results From a Three-Country Field Study* EORTC QLQ-BR23 [137].

QLQ-BR23 est un module additionnel à l'EORTC QLQ C-30 exposé en *Annexe II*. Cet auto-questionnaire comporte 23 items qui explorent les symptômes et les effets secondaires relatifs aux diverses modalités thérapeutiques, l'image corporelle, la sexualité et les perspectives d'avenir. Ce module a été testé chez 170 Allemandes, 168 Espagnoles et 158 Américaines, à deux reprises, mais sur aucune population française bien qu'il existe une version française disponible.

Tableau IX. Principales échelles de qualité de vie des patients atteints de cancer.

Échelles générales non spécifiques de site	Échelles spécifiques du site cancer du sein
Cancer Reabilitation Evaluation System : CARES [141] et *Cancer Reabilitation Evaluation System-Short Form* : CARES-SF [134]	*Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of-Life Instrument* : FACT-B [135]
The European Organization for Research and Treatment of Cancer : *A Quality-of-Life Instrument* : EORTC QLQ-C30 [136]	*The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality-of-life Questionnaire Module* : EORTC QLQ-BR 23 [137]
Functional Assessment of Cancer Therapy : FACT-G [138]	*Quality of Life-Cancer Survivors Tool* QOL-BC [139]
Functional Living Index-Cancer : FLIC [140]	
Quality of life-Cancer Survivors Tool QOL-CS [56, 139]	

La version anglaise qui a été testée présente deux sous-échelles fonctionnelles (image du corps et sexualité) et trois sous-échelles symptomatiques (symptômes du bras, symptômes du sein, effets secondaires de la thérapie). Un dernier item explore l'idée que se fait la patiente de son futur état de santé. Sur ces résultats préliminaires, seuls les Américaines ont un coefficient alpha de Cronbach de 0,70 à 0,91 pour tous les items. Pour les versions allemandes, le coefficient alpha de Cronbach varie de 0,57

à 0,89. N'atteignent pas 0,70, les items portant sur la symptomatologie du bras et les effets systémiques secondaires du traitement. Les versions espagnoles ont un coefficient alpha de Cronbach qui varie de 0,46 à 0,94. Les coefficients de Cronbach des trois échelles symptomatiques explorant les symptômes du bras, du sein et les effets systémiques secondaires du traitement sont inférieurs à 0,70. Dans l'état actuel de ce questionnaire, il est impossible de conclure sur sa validité, *a fortiori* sur la population française, encore non testée.

2. FACT-B : *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of-Life Instrument* [135].

Le FACT-B est un auto-questionnaire de 44 items spécifiquement dédié à l'exploration de la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein. Il s'agit d'un questionnaire additionnel au FACT-G décrit en *Annexe II*, auquel s'ajoute une sous-échelle spécifique complémentaire faite de 9 items qui explorent à la fois des aspects physiques spécifiques comme les symptômes du bras, la perte des cheveux, et des symptômes plus généraux comme les modifications de poids, l'état de stress, la façon de s'habiller, la féminité et le caractère désirable, ou la peur du cancer pour les autres membres de la famille.

L'addition des items du FACT-G et de cette sous-échelle représente le FACT-B.

La validité et les qualités métrologiques du FACT-B ont été analysées sur deux échantillons, l'un de 47 patientes atteintes d'un cancer du sein, l'autre de 295 patientes. On remarquera que le premier échantillon a complété la version 1 du FACT-B alors que le deuxième échantillon a complété la version 3. Le premier échantillon a servi à apprécier la validité de concordance avec le FLIC. La corrélation FACT-B total-FLIC est de 0,87. Le deuxième échantillon a permis de calculer le coefficient de Cronbach et de réaliser le test-retest. Le coefficient de Cronbach est de 0,63 pour la sous-échelle spécifique du sein et de 0,90 pour le FACT-B total. Le coefficient de corrélation test-retest est de 0,88 pour la sous-échelle spécifique et de 0,85 pour le FACT-B total.

Le FACT-B est disponible en 9 langues. Compléter l'autoquestionnaire prend environ 10 minutes au patient. Bien que les auteurs concluent que cette échelle est utile à la fois dans le cadre de la recherche et de l'évaluation clinique, on ne peut pas la considérer comme validée en langue française. Enfin, des études comparatives entre le FACT-B et l'EORTC QLQ 30-QLQ 23, annoncées, n'ont pas encore été publiées.

3. *Quality of Life Cancer Survivors Tool* QOL-CS et QOL-BC [139].

Les échelles disponibles validées et évaluées explorent de façon multidimensionnelle les aspects physiques, psychologiques et relationnels. Si le développement de la recherche a introduit progressivement l'exploration de la sexualité et des relations avec le corps médical, l'exploration du domaine de la spiritualité est très récente. Ferrell [139] a proposé d'appliquer au cancer du sein une échelle de qualité de vie ajoutant aux items de bien-être physique, de bien-être psychologique, de bien-être

social, des items de bien-être spirituel explorant l'optimisme, le projet de vie, les activités spirituelles et religieuses et l'état d'incertitude pour l'avenir. Cette échelle sous sa forme actuelle (*Quality of Life Cancer Survivors Tool* QOL-CS) comporte 43 items explorant 4 domaines de la qualité de vie, le bien-être psychologique (20 items), le bien-être physique (8 items), le bien-être social (8 items) et le bien-être spirituel (7 items). La QOL-CS est plutôt dédiée à l'analyse de l'évolution chronique des survivants qu'à l'analyse des symptômes de la phase active du traitement. La corrélation test-retest de l'échelle globale est de 0,89 et est toujours supérieure à 0,80 chez chacune des sous-échelles. Le coefficient alpha de Cronbach a un score global de 0,93. Le coefficient alpha des sous-échelles est de 0,71 pour le bien-être spirituel, 0,76 pour le bien-être physique, 0,81 pour le bien-être social et 0,89 pour le bien-être psychologique. L'échelle QOL-BC exposée dans ce même article, spécifique du site cancer du sein et dérivée de l'échelle QOL-CS, n'a pas encore fait l'objet d'un travail publié de validation.

Dow [56] a évalué la qualité de vie de 294 femmes survivant à un cancer du sein pour apprécier les modifications positives et négatives de leur évolution en utilisant la dernière version de la QOL-CS adaptée au cancer du sein. Cette version ne comporte plus que 41 items côtés de 0 à 10, 0 représentant le pire et 10 le mieux. Les résultats psychométriques sont identiques à ceux de Ferrell [139]. Le coefficient de corrélation (validité de concordance) QOL-CS et FACT-G est de 0,78.

Conclusion

Les échelles de qualité de vie les plus anciennes ont été développées pour être utilisées dans des essais contrôlés et permettre des comparaisons et des choix thérapeutiques. L'apparition des échelles de qualité de vie incluant l'exploration du domaine spirituel répond aux mêmes objectifs en apportant des informations complémentaires, tout particulièrement dans la surveillance à long terme. Le médecin généraliste ou le spécialiste (gynécologue médical ou gynécologue obstétricien, oncologue, radiothérapeute, chirurgien) peut utiliser ces outils validés susceptibles d'apprécier la qualité de vie dans le cadre d'un protocole de recherche. Une échelle explorant largement les divers domaines de bien-être d'une patiente peut néanmoins être aussi utilisée ponctuellement en pratique clinique, en dehors de la recherche. Cette utilisation peut permettre une réévaluation de la prise en charge des symptômes physiques, des difficultés psychologiques et sexuelles et des demandes d'information et de réassurance.

La surveillance des femmes atteintes d'un cancer du sein implique la collaboration des patientes et de leurs médecins dans un processus complexe d'informations et de décisions où les méthodes objectives d'évaluation de la qualité de vie ne peuvent remplacer le colloque singulier [142].

Les échelles de qualité de vie ne sont pas nécessaires dans le cadre de la surveillance.

Le point de vue des femmes sur l'information

Méthodologie appliquée pour cette recherche :
Recherche bibliographique sur Medline de 1992 à 1996.
Mots clés utilisés : *Breast Cancer/px, Follow-up, Psycho-Social Impact, Specialist, General Physician, Primary Care, Truth disclosure, Quality of Life, Physician-patient relations, Medical Staff, Hospital/px*.

Certains articles ont été obtenus par une recherche *related article* et d'autres articles ont été obtenus directement à partir des bibliographies citées dans 1 ou plusieurs articles de référence.

Un article de référence de premier choix a été la revue de la littérature figurant dans le rapport d'expertise NHS publié en 1996 sous le titre *« Improving Outcomes in Breast Cancer »*.

L'état des connaissances des patientes traitées pendant la surveillance

On dispose de peu de données sur le degré d'information que possèdent ou non les patientes quant aux buts de cette surveillance [40, 143-146].

Ces quelques données montrent que les patientes ont tendance à attendre de la surveillance une stratégie opérante de prévention d'une rechute de leur cancer *(Tableau X)* [145].

Par ailleurs, elles surestiment l'intérêt des tests paracliniques effectués pendant cette surveillance et/ou n'en comprennent pas les significations par exemple quand elles interprètent un dosage de marqueur normal comme l'affirmation qu'aucun processus cancéreux n'est en cours. Dans l'enquête de Muss *et al.* [143], 37 % des patientes considèrent que les marqueurs sanguins sont très efficaces, 50 % que les scanners sont très efficaces et 45 % que les radiographies sont très efficaces. Seulement 12 à 18 % des patientes interrogées comprennent qu'un résultat est dit normal en fonction d'un seuil de détection et non pas dans l'absolu.

Tableau X. Données sur les attentes des patientes par rapport à la surveillance.

Auteur (Pays)	Type d'étude	Patients	Conclusions
Muss, 1991 [143] (USA)	enquête (questionnaire)	48 K sein non métastatique 53 K sein métastatique	- les patientes surestiment l'intérêt des tests para-cliniques dans la surveillance. - 12 à 18 % réalisent que la normalité d'un examen implique un seuil de détection. Plus de la moitié croient qu'un résultat normal signifie une absence de cellule cancéreuse. - 92 % croient qu'un dépistage précoce des métastases améliore le pronostic.
Lampic, 1994 [144] (Suède)	enquête (questionnaire)	197 K tous sites (55 K sein en rémission)	33 % des patients craignent qu'on passe à côté de la rechute sans la voir et 38 % ignorent les signes qui la détectent 29 % pensent qu'une rechute serait curable
Bradburn, 1995 [145] (UK)	enquête (focus groupe : données qualitatives)	29 K sein non métastatique recul (moyenne) : 3 ans	- la consultation est perçue comme une surveillance ou une stratégie de prévention contre la rechute - elle est perçue aussi comme source de soutien psychologique des séquelles de la maladie
Luker, 1996 [146] (UK)	prospective (interview structurée)	105 K sein recul (moyenne) : 21 mois	- 66 % estiment que leurs besoins en information ne sont pas bien couverts - les besoins en information : la probabilité d'être guérie, et le risque familial de K du sein - les sources de l'information : les magazines féminins, les médias, le médecin hospitalier.
Thomas, 1997 [40] (UK)	enquête (entretien semi-structuré + HADS)	65 K tous sites en rémission, dont 41 K sein, ayant au moins 5 ans de recul	28 % ont refusé que la surveillance soit poursuivie par leur MG. Corrélation avec l'anxiété ($p < 0{,}02$).

Enfin Lampic *et al.* [144] ont montré que la peur la plus partagée par les patients est la peur de la rechute : 33 % des patients interrogés craignent qu'on ne voit pas qu'il y a une rechute en cours.

Une étude réalisée par Thomas *et al.* [40], menée auprès de 65 patients ayant eu un cancer traité depuis au moins 5 ans, montre que 28 % de ces patients ont refusé l'arrêt de la surveillance systématique. La peur que l'arrêt de la surveillance ne conduise au fait de passer à côté du diagnostic d'une rechute étant la raison la plus fréquemment donnée par les patients.

Par ailleurs, Lampic *et al.* [144] ont constaté que 38 % des patients (tous sites) qu'ils ont interrogés ne connaissaient pas les signes cliniques devant les alerter et les faire éventuellement consulter.

On peut donc constater qu'il existe à l'heure actuelle une méconnaissance, de la part des patientes, des objectifs de la surveillance et de ses limites. Au-delà de la méconnaissance, on peut aussi parler de malentendu : alors que les médecins considèrent qu'une rechute métastatique n'a pas forcément à être dépistée précocement, les patientes font la confusion entre surveillance, dépistage et prévention, et attendent de la surveillance dans le meilleur des cas un évitement de la rechute, et dans le pire des cas une maîtrise curative de cette rechute.

La question se pose alors de savoir comment les patientes peuvent être informées des buts et des limites de la surveillance, sans qu'une telle explicitation ne leur occasionne une anxiété et une inquiétude supplémentaires, liées à la notion d'absence de contrôle possible de l'extension éventuelle de leur maladie.

Il serait très souhaitable qu'un groupe de travail soit constitué sur la nature et les modalités de l'information à donner aux femmes.

Les attentes déclarées des femmes vis-à-vis des consultations de surveillance

L'étude de Muss [143] s'est intéressée à ce que les patientes souhaitent aborder comme thèmes avec leur médecin lors des visites de surveillance. Le *Tableau XI* reprend ces données :

On voit clairement émerger l'attente de la part des patientes que leur médecin les interroge systématiquement pour 70 % d'entre elles, sur d'éventuelles douleurs, et pour 48 % d'entre elles sur d'éventuels problèmes de poids et de nutrition. Par

Tableau XI. Attente des femmes vis-à-vis des consultations de surveillance.

Le médecin devrait interroger sa patiente au sujet de :	A chaque visite	1 visite sur 2	Pas nécessairement	Ne sait pas
Appétit et nutrition (97 réponses)	48 %	23 %	16 %	13 %
Douleur (98 réponses)	71 %	8 %	9 %	12 %
Émotions et problèmes familiaux (96 réponses)	36 %	18 %	29 %	17 %
Problèmes sexuels (93 réponses)	28 %	12 %	44 %	16 %

ailleurs, bien que non majoritaires, 40 % de ces patientes nord-américaines souhaiteraient que leur médecin les interroge au moins une fois sur deux au sujet des problèmes sexuels qu'elles pourraient rencontrer.

Dans une étude menée en Finlande, Suominen *et al.* [147] ont cherché à déterminer quelles informations sont considérées comme importantes par les patientes, en enquêtant auprès de 109 femmes ayant eu un cancer du sein diagnostiqué un an auparavant. Le résultat en est la constatation qu'un an après le diagnostic, les patientes ayant eu un cancer du sein considèrent que l'information donnée à l'hôpital pendant la période du diagnostic et des traitements n'est pas suffisante. Ces données sont confirmées par Luker *et al.* [146].

Les conséquences de cette constatation sont importantes car montrant qu'il y a lieu de compléter, au cours des consultations de surveillance, l'information initiale jugée insuffisante.

Continuité de la relation médecin / malade pendant la surveillance

Le document NHS (1996) [69,70] a établi, à partir d'une revue de 5 études, que les

femmes voient rarement les mêmes médecins lors de leurs consultations de suivi dans les centres, et que ce manque de continuité est perçu par elles comme un défaut de qualité (pas de niveau de preuve établi).

L'information des patientes est soumise aux obligations déontologiques (article 35-36 du code de déontologie) et légales (arrêt de la cour de cassation du 21/02/1997). Il est recommandé d'inciter la patiente à poser des questions et à exprimer ses besoins (grade C).

La patiente devrait être assurée de la continuité de la prise en charge durant la surveillance. Celle-ci nécessite une bonne transmission des informations et un médecin de référence.

Évaluation des moyens thérapeutiques

Les soutiens relationnels et les interventions psychologiques

Quels sont les divers soutiens relationnels et interventions psychologiques ?

Le soutien relationnel, au sens général du terme, concerne tous les acteurs de la santé dans leur relation au patient. Tous doivent s'impliquer dans cette démarche. Il est réalisé par chaque catégorie de professionnels : médecins, infirmières, assistantes sociales, et aussi par les volontaires et les associations de patients. chacun gardant sa spécificité d'intervention.

Les interventions psychologiques spécialisées s'entendent par rapport à la détresse psychologique (troubles affectifs, troubles dépressifs...), aux difficultés de comportement et à la détérioration de la qualité de vie en lien avec une maladie grave. Elles sont réalisées par des professionnels spécialisés (psychologues et psychiatres). Toutefois, certaines de ces techniques peuvent être utilisées, partiellement, par d'autres professionnels spécialement formés à cet effet : infirmières, assistantes sociales...

En cancérologie, les interventions psychologiques se rapportent à des techniques très diverses que nous allons énumérer et commenter. Ces interventions peuvent être individuelles ou de groupes, être plus ou moins structurées et utiliser une ou plusieurs techniques.

Les diverses techniques :
a. Le *counselling* (conseil) : forme de soutien éducatif (ce type d'intervention peut être réalisé par des intervenants spécifiques ou non et peut être un mode d'intervention structuré ou non) ;
b. *Les groupes de parole* : un groupe se compose de patients ayant la même pathologie pour des séances de une à deux heures à un rythme régulier (une fois par semaine par ex.). Il est animé par un ou deux intervenants (infirmier, psychologue, psychiatre, volontaire...) ;
c. *Le travail corporel* : relaxation, recherche d'une détente musculaire et d'une restructuration de l'image du corps ;
d. *La visualisation* ;
e. *Les psychothérapies* :

• approche comportementale : techniques de déconditionnement et de désensibilisation s'inscrivant dans un programme thérapeutique spécifique à la problématique personnelle de chaque malade,

• approche cognitive : technique visant à orienter le patient vers une prise de conscience rationnelle de ses comportements pathologiques en lui permettant de reformer certains de ses jugements et son appréhension perceptive du monde extérieur,

• psychothérapie d'inspiration psychanalytique : entreprise de changement qui se déroule au niveau d'une relation interpersonnelle subjective, impliquant la reconnaissance de l'inconscient, du transfert et du contre-transfert et de la structure psychique. A partir de cette relation, une action s'exercera sur la partie affective et sur le psychisme du patient.

Les psychothérapies peuvent avoir comme objectif soit un soutien, soit un effet thérapeutique à proprement parler.

En France, les interventions psychologiques sont réalisées essentiellement dans le cadre d'entretiens individuels. Les expériences de groupe sont rares, contrairement à ce qui se passe dans les pays anglo-saxons. Les techniques autres que d'inspiration psychanalytique sont peu développées.

Évaluation des interventions psychothérapeutiques chez les patientes atteintes de cancer

Six **revues de la littérature** ont été trouvées [148-153] et une méta-analyse [154]. Parmi elles, 4 ne fournissent pas d'évaluation d'efficacité utilisables ici.

Trijsburg *et al.* [148] ont identifié 22 études comparatives dont 14 randomisées. Treize de ces dernières ont montré des effets positifs de l'intervention psychologique : 1) concernant le *counselling* personnalisé, 5 études sur 6 sont positives, particulièrement sur la détresse, le manque d'estime de soi, la fatigue et les problèmes sexuels ; 2) les 2 études portant sur le *counselling* structuré sont positives pour la dépression et la détresse ; 3) les 6 études portant sur des interventions comportementales et corporelles elles aussi sont positives, particulièrement sur les symptômes physiques. Aucune étude n'observe d'aggravation de l'état des patients.

Iacovino et Reesor [150] ont trouvé 22 essais thérapeutiques contrôlés randomisés [148]. Dix-neuf de ces études montrent une efficacité de l'intervention psychologique. Ils confirment qu'aucune technique n'apparaît plus efficace qu'une autre. Les interventions de groupes sont aussi efficaces que les interventions individuelles. Les effets positifs sur l'ajustement se maintiennent à 1 an de recul.

Meyer et Mark [154] ont réalisé une méta-analyse sur 45 études comparatives randomisées fournissant 62 comparaisons traitement *versus* témoin. Le *Tableau XII* fournit les

dimensions d'effet (DE) pondérées et l'intervalle de confiance par catégorie d'intervention psychologique et de cible thérapeutique. Ces dimensions d'effet sont dans l'ensemble modérées mais significatives. (Les dimensions d'effet pondérées à 0,2 sont considérées comme « modérées », à 0,5 comme « moyennes » et à 0,8 comme « importantes »).

Tableau XII. Dimensions d'effet pondérées par catégories d'intervention psychologique et cible thérapeutique [154].

Intervention psychologique		Ajustement émotionnel	Ajustement fonctionnel	Symptômes	Médical	Divers Global
Comportemental	**DEP**	0,19	0,10	0,32	0,13	0,20
	n	1 323	194	727	184	203
	95 % IC	+ 0,08/+ 0,03	- 0,20/+ 0,40	+ 0,16/+ 0,48	- 0,17/+ 0,43	- 0,07/+ 0,49
Information Éducation	**DEP**	0,25	0,27	0,21	0,80	0,35
	n	988	465	416	26	118
	95 % IC	+ 0,12/+ 0,37	+ 0,08/+ 0,46	+ 0,01/+ 0,40	+ 0,00/+1,60	- 0,02/+ 0,72
Counselling	**DEP**	0,39	0,12	0,17	- 0,20	0,45
	n	422	263	339	22	52
	95 % IC	+ 0,19/+ 0,58	- 0,12/+ 0,37	- 0,05/+ 0,39	- 1,04/+ 0,64	- 0,12/+ 1,02
Soutien non professionnel	**DEP**	- 0,23	+ 0,08			
	n	19	18			
	95 % IC	- 1,11/+ 0,67	- 1,02/+ 0,85			
Autres	**DEP**	0,33		0,45		
	n	88		124		
	95 % IC	- 0,10/+ 0,76		+ 0,09/+ 0,82		
Total	**DEP**	0,24	0,19	0,26	0,17	0,28
	n	2 840	940	1 606	232	373
	95 % IC	+ 0,17/+ 0,32	+ 0,06/+ 0,32	+ 0,16/+ 0,37	- 0,10/+ 0,44	+ 0,08/+ 0,49

DEP : Dimension d'effet pondéré ; IC : Intervalle de confiance ; [a] La dimension d'effet (DE) permet de comparer des résultats obtenus avec des outils d'évaluation différents

$$DE = \frac{\text{moyenne du groupe traité-moyenne du groupe témoin}}{\text{écart type du groupe témoin}}$$

Aucune différence significative n'existe entre les diverses techniques d'intervention psychologiques.

Évaluation des diverses techniques psychothérapeutiques chez les femmes traitées pour cancer du sein

La recherche documentaire

Elle a été faite avec les mots clés : cancer du sein et psychothérapie.

Ont été prises en compte les références bibliographiques du NHS :
- Medline 1980-1996 ;
- Recherches complémentaires sur une banque de données du *Center for Health*

Economics (University of York) ainsi que les références postérieures à celles apportées par le NHS, c'est-à-dire les études postérieures à 1996.

Ont été rajoutées quelques références d'auteurs.

En interrogeant les banques de données habituelles, nous n'avons pas trouvé de bibliographies relatives à l'évaluation des psychothérapies d'inspiration psychanalytique.

En revanche, d'autres sources (une bibliographie d'auteur) ont permis d'identifier plusieurs méta-analyses sur ce sujet. Conscient de l'état non exhaustif de l'étude réalisée sur cet aspect des psychothérapies, le groupe d'experts présente ici les résultats des études de ce type, sélectionnées parmi celles qui étaient compatibles avec la méthode d'évaluation.

Revue de la littérature

Le document du NHS (1996) [69, 70] recense 13 études évaluant l'efficacité du soutien ou du *counselling* psycho-social ou psychothérapeutique : « il existe un fort niveau de preuve que certains types d'interventions éducationnelles et de psychothérapie ou de *counselling* peuvent améliorer la qualité de la vie. Les interventions étaient le plus souvent basées sur la découverte de soi, l'exploration des sources d'anxiété, l'expression des sentiments au sujet de la maladie et des problèmes qui en découlent. Tous résultats pris ensemble, neuf des 13 études montrent un effet bénéfique sur une variété de résultats psychologiques, qualité de vie et fonctionnels ».

Le document du NHS [69] recense aussi 22 études évaluant l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales. Les conclusions en sont « la revue fournit un fort niveau de preuve que les interventions cognitives et comportementales peuvent être utiles aux patients atteints de cancer en réduisant les effets secondaires des thérapeutiques et en atténuant les perturbations psychologiques et fonctionnelles. Toutefois, les études ayant des objectifs psychologiques comme la dépression ou l'anxiété fournissent des résultants moins consistants ».

Des remarques doivent être faites sur cette double **revue de la littérature** :
- les études présentées ne distinguent souvent pas clairement le type d'intervention ;
- les interventions rapportées sont souvent mixtes (association de plusieurs techniques) ;
- les effets secondaires n'ont pas été étudiés ;
- la qualification du personnel intervenant n'est pas toujours précisée ;
- les moyens de sélection des patientes ne sont pas toujours clairement précisés ;
- les moyens d'évaluation utilisés (échelle de qualité de vie, échelle d'anxiété-dépression) ne sont pas toujours précisés non plus.

De plus, dans certaines études identifiées reprenant les divers soutiens psychologiques décrits plus haut, la qualité nous a semblé médiocre pour diverses raisons :

a. le suivi n'est pas toujours comparatif, c'est-à-dire qu'elles ne présentent pas toujours de groupe témoin.

b. La population incluse n'est pas toujours très « ciblée » et peut comprendre des patientes atteintes de cancers divers et non spécifiquement mammaires.

c. La population incluse est aussi disparate par rapport au stade de la maladie et du traitement.

De plus, l'origine anglo-saxonne de la plupart d'entre elles laisse leur transposition incertaine dans notre culture.

Nous avons repris cette **revue de la littérature**, à laquelle nous avons ajouté 2 articles récents de Samarel *et al.* [155] et de Marchioro *et al.* [156]. Toutefois, nous avons effectué une sélection plus stricte (voir *Tableaux XIII* et *XIV*) selon plusieurs critères : études de plus de 30 patients (8 études éliminées), contenant au moins 40 % de cancers du sein (8 études éliminées), concernant des symptômes psychologiques (6 études éliminées) et ne concernant pas la période initiale (5 études éliminées). Enfin, l'étude de Grossarth-Maticek [157] a été éliminée en raison d'une mise en doute de la probité de cet auteur [158, 159].

Résumé de ces recherches

L'étude de Spiegel [165] est la plus connue et la plus discutée de ces études. Elle incluait 86 patientes dans un suivi de dix ans après le diagnostic de cancer du sein métastatique. L'intervention consistait en des thérapies de groupes, réalisées par un psychiatre, ou un travailleur social, par séance de 90 minutes, une fois par semaine durant un an, tandis que le groupe témoin recevait une surveillance habituelle. Spiegel trouve un allongement de la survie de 18 mois dans le groupe « traité ». Au bout de 12 mois, les patientes « traitées » prenaient moins de psychotropes et antalgiques ; leur anxiété et leur état dépressif diminuaient. On notait aussi chez elles une amélioration du contrôle de la douleur.

Cette étude succédait à plusieurs autres, dont celle de Maguire [160] effectuée chez 152 patientes ayant subi une mastectomie radicale. Des infirmières spécialisées travaillaient sur le ressenti des patientes envers leur cicatrice, leur lymphœdème ou l'image de leur corps. Après 18 mois dans le groupe traité, seulement 3 % des patientes demeuraient anxieuses, contre 21 % dans le groupe témoin, et 4 % d'entre elles présentent un syndrome dépressif contre 20 % dans l'autre groupe. De plus, on note une meilleure acceptation de la maladie ainsi qu'une reprise plus importante des activités professionnelles dans le groupe traité. Pas de différence dans le fonctionnement du bras bien sûr, mais une meilleure tolérance à la douleur.

L'étude de Morgenstern *et al.* [161], auprès de 120 patientes comportait des psychothérapies de groupe durant 90 minutes à raison d'une fois par semaine, et ce sur une

Tableau XIII. Études comparatives évaluant l'efficacité des interventions psychologiques.

Auteurs	Pays/année	1) Date de la prise en charge 2) Date d'évaluation du suivi	1) Taille de l'échantillon 2) Pourcentage de K du sein	Nature de l'intervenant	Techniques durée
Maguire, 1983 [160]	UK/1983	- mastectomie - 18 mois	152/100 %	infirmière spécialisée	*counselling* : individuel semi-structuré avant, après la chir et à 3,12 et 18 mois
Morgenstern, 1984 [161]	USA/1984	- NP - 6 ans	136/100 %		thérapie de groupe 90 min/sem., 6 ans
Telch, 1986 [162]	USA/1986	- NP - 6 semaines	41/40 %	psychologue ou travailleur social	thérapie comportementale individuelle 6 séances de 90 min
Watson, 1988 [163]	USA/1988	- diagnostic - 1 an	20/100 %	infirmière spécialisée	*counselling* individuel bimensuelle, 1 an
Bridge, 1988 [164]	UK/1988	- pendant le tt - 6 semaines	154/100 %	psychologue	relaxation ± visualisation, groupe 6 séances, 30 min 6 semaines
Spiegel, 1989 [165]	USA/1989	- métastatique - 10 ans	86/100 %	psychiatre et travailleur social	thérapie de groupe : 90 min/semaine, 1 an
Edgar, 1992 [166]	CAN/1992	- au moment du diagnostic - 1 an	205/48 %	infirmière	soutien cognitivo-comportemental, relaxation, 5 séances d'1 h
Greer, 1992 [167]	UK/1992	- espérance de vie de + d'1 an - 4 mois	174/45 %	psychologue	groupe cognitivo-comportemental, 5 séances individuelles en 4 mois
Moorey, 1994 [168]	UK/1994	- 1 an après - NP	134/48 %	psychologue	psychothérapie cognitivo-comportementaliste 6 séances en un an
McArdle, 1996 [169]	UK/1996	- lors de la chir - 1 an	272/100 %	infirmières et association de patients	*counselling*, individuel env. 30 min, 3, 6 et 12 mois
Marchioro, 1996 [156]	ITA/1996	- M0 après la chir - 9 mois	36/100 %	psychologue	thérapie individuelle cognitive 50 min/sem. Conseil familial bimensuel
Samarel, 1997 [155]	USA/1997	- M0 après la chir - 32 semaines	181/100 %	psychologue	thérapie de groupe, *counselling*, 2 h/semaine, 8 semaines

Tableau XIV. Études comparatives évaluant l'efficacité des interventions psychologiques.

Auteur	Variable utilisée (outil)	Nature de l'étude	Nature de la comparaison	Résultats	Survie
Maguire, 1983 [160]		non randomisé prospectif faible puissance	infirmière *versus* témoin	activités professionnelles : 76 % *versus* 54 %	ND
Morgenstern, 1984 [161]	survie	rétrospective	psychotherapie *versus* témoin	NS	survie : NS
Telch, 1986 [162]	POMS	Randomisé Prospectif faible puissance	Soutien *versus* témoin *Coping versus* témoin	$p < 0{,}001$ $p < 0{,}001$	ND
Watson, 1988 [163]	POMS	Randomisé prospectif forte puissance	conseil *versus* témoin	à 3 mois $p < 0{,}05$ à 12 mois, NS	ND
Bridge, 1988 [164]	LeedsGS POMS	Randomisé prospectif forte puissance	relaxation *versus* témoin relaxation + imagerie *versus* temoin	Leeds NS POMS $p < 0{,}05$ Leeds NS POMS $p < 0{,}05$	ND
Spiegel, 1989 [165]	POMS	Randomisé prospectif faible puissance	Groupe *versus* témoin	$p < 0{,}01$	survie : 36,6 mois *versus* 18,9 mois
Edgar, 1992 [166]	CES-D	Randomisé prospectif forte puissance	Intervention précoce *versus* tardive	à 8 mois, $p < 0{,}039$ à 12 mois : NS	ND
Greer, 1992 [167]	MAC	Randomisé prospectif forte puissance	psychothérapie *versus* témoin	$p < 0{,}05$	ND
Moorey, 1994 [168]	MAC HAD PAIS RSCL	Randomisé prospectif forte puissance	psychothérapie *versus* témoin	$p = 0{,}11$ $p = 0{,}11$ $p = 0{,}03$ NS	ND
McArdle, 1996 [169]	GHQ28 HAD	Randomisé prospectif forte puissance	Infirmière *versus* témoin volontaire *versus* témoin	GHQ28 : $p = 0{,}015$ HAD anxiété $p = 0{,}09$ HAD dépression $p = 0{,}03$ GHQ28 : NS, HAD : NS	ND
Marchioro, 1996 [156]	FLIC BDI	Randomisé prospectif forte puissance	groupe *versus* témoin	BDI : $p < 0{,}0000$ FLIC : $p = 0{,}028$	ND
Samarel, 1997 [155]	POMS	Randomisé prospectif faible puissance	Groupe + *coaching versus* témoin Groupe - *coaching versus* témoin	NS	ND

durée de 6 ans. 45 % des patientes ont été perdues de vue. Bien que la survie ait été plus longue dans le groupe « traité », jusque 70 mois après le diagnostic, les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative après 90 mois. Ils insistent sur l'importance des biais rencontrés dans ce type d'étude qui peuvent conduire à de fausses conclusions.

L'étude de Telch [162] ne comportait que 40 patientes ayant reçu chacune 6 séances de 90 minutes d'une thérapie comportementale avec un psychologue ou un travailleur social. Les auteurs retrouvent chez ces patientes une amélioration de l'adaptation psychologique à la maladie et à la douleur. Ils soulignent l'importance de la notion de *coping*.

En 1988, Watson *et al.* [163] ont étudié un groupe de 20 patientes atteintes de cancer du sein, sur une durée d'un an après le diagnostic, ce groupe recevant une aide psychologique dispensée par une infirmière spécialisée. Après 3 mois, ce groupe montrait moins de symptômes dépressifs, une meilleure adaptation à la maladie et une amélioration dans la reprise des activités professionnelles. Mais au bout d'un an de suivi, la différence disparaissait et l'on ne notait pas de différence dans l'anxiété.

En 1988 aussi, Bridge *et al.* [164], chez 154 patientes à différents stades du cancer du sein, comparaient deux groupes, l'un ne recevant que des séances de relaxation, à un autre recevant en plus de la relaxation, des séances de visualisation. Le second traitement s'avérait le plus efficace, en particulier chez les femmes âgées et les scores de dépression diminuaient de façon significative. Il existait une différence dans la significativité des résultats en fonction de l'échelle utilisée (Leeds ou POMS).

Edgar *et al.* [166] ont étudié les effets de séances de relaxation et de techniques cognitivo-comportementales, durant un an chez 205 patientes, à deux périodes distinctes de la maladie (premier groupe : immédiatement après le diagnostic, et deuxième groupe : quatre mois après). Après 18 mois de suivi, la différence entre les deux groupes était significative : le deuxième groupe ayant reçu une intervention plus tardive en tirait un meilleur bénéfice, que ce soit sur le plan de l'anxiété, de la dépression mais aussi et surtout sur celui de l'amélioration physique.

Greer *et al.* [167], ont suivi 174 patientes atteintes de plusieurs sortes de cancer et ayant une espérance de vie d'au moins un an. Durant 4 mois, chaque patiente bénéficiait de 5 séances individuelles d'une psychothérapie cognitivo-comportementale avec un psychologue. Au cours de cette étude, dans le groupe expérimental, les symptômes d'anxiété sévère diminuaient de 48 % jusqu'à 20 % en 4 mois, tandis que dans le groupe témoin, ils stagnaient (48 % *versus* 43 %). Mais l'adaptation à la maladie n'était pas très satisfaisante (31 % *versus* 22 % dans le groupe expérimental contre 37 % *versus* 35 % dans le groupe témoin).

Après une année de suivi, Moorey *et al.* [168] ont repris les scores des patientes de Greer et les ont trouvé inchangés, bien que, dans le groupe expérimental, les résultats

se soient un peu détériorés (devenant non significatifs sur les échelles d'évaluation, sauf sur la PAIS).

En 1996, Mac Ardle *et al.* [169] ont comparé les effets au bout d'un an d'une aide psychologique et informative dispensée soit par une infirmière spécialisée, soit par une organisation de volontaires, soit par une infirmière spécialisée + une organisation de volontaires, chez 272 patientes atteintes de cancer du sein. Le groupe présentant un meilleur état général était celui suivi par les infirmières avec moins d'insomnies, de symptômes psychologiques et somatiques et une meilleure adaptation sociale.

Marchioro *et al.* [156] dans une étude prospective randomisée concernant 36 patientes durant 9 mois, un groupe bénéficiant d'une intervention psychologique cognitive individuelle, ont trouvé des index BDI et FLIC fortement significatifs, en faveur d'une intervention psychologique.

Enfin, en 1997, Samarel *et al.* [155] dans une étude prospective randomisée concernant 182 patientes, ont étudié l'intérêt pour le malade à s'entourer, lors de séances de groupes de *counselling*, d'un *coach* (parent ou ami) permettant de réduire l'anxiété liée à de telles expériences.

Discussion

Sur ces 12 études, 11 ont évalué l'efficacité des interventions psychologiques sur des critères psychologiques : parmi elles, 9 ont démontré des effets bénéfiques, et deux n'ont pas permis de mettre en évidence de différence significative entre le groupe traité et le groupe témoin. Toutefois, il faut remarquer que, comme pour beaucoup d'essais thérapeutiques, les études présentant un résultat négatif sont probablement moins publiées que les autres.

Deux études ont eu comme critère d'évaluation la durée de la survie : l'une a montré une augmentation de la survie chez des patientes évolutives, et l'autre est non significative. Les résultats concernant les taux de lymphocytes et se rapportant aux données neuro-psycho-immunologiques n'ont pas été prises en compte dans cette revue car leur corrélation avec un bénéfice clinique n'est pas établi.

Seules 5 études ont permis de comparer des modalités techniques différentes entre elles [155, 162, 164, 166, 169]. Leurs résultats n'ont pas permis d'établir quelles sont les modalités techniques les meilleures.

L'ensemble de ces résultats montre que les patientes atteintes de cancer du sein tirent un bénéfice des interventions psychologiques. Toutefois, ces recherches ne permettent pas de déterminer précisément qui, parmi ces patientes, devrait en bénéficier, de quelle façon, et par qui. Le rôle des associations d'ancien malades dans le soutien et l'information des patientes et des familles demande à être évalué.

Il est recommandé de diversifier les modalités d'intervention psychologique proposées aux patientes.

Il est recommandé de développer et d'évaluer en France les modalités d'intervention psychologique évaluées à l'étranger.

Il est recommandé d'évaluer les pratiques françaises d'intervention psychologique.

Le rapport parlementaire « Les sectes en France » (1996) mentionne, parmi les thèmes de propagande actuellement utilisés par les mouvements sectaires, les thèmes médicaux et les thèmes liés à la transformation personnelle (p. 54). Par ailleurs, il distingue, parmi divers courants de pensée, la dominante « guérisseuse » qui envahit la plupart des courants sectaires (p. 76), ainsi qu'un engouement pour les sectes « modernes » affichant des prétentions en matière psychanalytique (p. 78). Le rapport de l'Ordre National des Médecins, adopté le 27 septembre 1996, fait état de « médecins racoleurs » (p. 6) et mentionne le fait que « de nombreux médecins, par manque d'information (et d'esprit critique) se laissent abuser par des publicités de traitements scientifiques, diffusés par des sectes... » (p. 6).

Le recours à un psychiatre ou à un psychologue n'est pas systématique. Il est recommandé en cas de :

1) trouble de l'adaptation ;
2) détresse psychologique autre ;
3) un ou plusieurs facteurs de risque ;
4) un score élevé à une échelle de *screening* et/ou si la patiente en exprime le besoin.

Les interventions psychologiques, individuelles ou de groupes, d'inspiration cognitivo-comportementale ou psychanalytique peuvent être recommandées (grade B), mais aucune d'entre elles n'a de supériorité démontrée.

Les médecins doivent mettre en garde leurs patientes contre les propositions d'aide qui peuvent leur être faites par des mouvements sectaires.

Les psychotropes

Stratégie de la recherche documentaire :

Les **recherches bibliographiques** effectuées, avec l'aide des services de documentation de l'ANAES, et du Centre René Huguenin, ont été basées sur les mots-clés suivants : cancer ou cancer du sein ; associés à : psychotropes, anxiolytiques, antidépresseurs.

138 références ont été obtenues par ces interrogations (toutes recherches confondues, avec possibilité de redondance), pour l'essentiel à partir du Medline (publications parues depuis 1986, en langue française et anglaise) ; ont aussi été interrogées : HealthStar, Cancerlit, EMBASE, Pascal, ce qui n'a pas donné lieu à l'obtention d'autres références retenues.

20 articles ont été sélectionnés et analysés (soit une proportion de 0,14 ; comparable à celle observée pour les RMO antidépresseurs et anxiolytiques).

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques

• L'insomnie observée en oncologie serait fréquente et la moitié des psychotropes prescrits à des patients atteints de cancer le serait à visée sédative et/ou hypnotique, selon Levine [170].

• L'anxiété serait observée sur le mode réactionnel ou anticipatoire, liée au fait que la patiente a été atteinte d'un cancer du sein et au « stress » que les stratégies thérapeutiques ont pu représenter. Selon Breitbart, cette anxiété est susceptible d'être réactivée par les visites de surveillance et/ou les bilans de contrôle [170, 171].

Il n'existe pas de données spécifiques pour traiter différemment ces troubles que dans une population générale [172]. Toutefois, une vigilance accrue est nécessaire. Il convient d'éviter une utilisation prolongée d'hypnotiques et/ou d'anxiolytiques qui ferait peser le risque d'une chronicisation de troubles relevant d'autres thérapeutiques. Concernant l'utilisation de ces médicaments, on pourra trouver quelques recommandations essentielles dans les références de l'ANAES [172].

Les antidépresseurs

En cancérologie, il existe des « règles d'habitude », mentionnées par de nombreux auteurs, et résumées dans Holland [173], telles que : dose initiale moindre (que celle prescrite à une patiente ne posant pas un problème somatique) ; augmentation de la dose plus progressive ; dose d'entretien significativement inférieure ; effets secondaires plus marqués, en raison des conséquences somatiques de la situation carcinologique et des stratégies thérapeutiques qui en sont le corollaire.

• *Sur quels arguments les indications, les contre-indications, et les modalités de prescription devraient être différentes de celles observées dans une population générale ?*

Nous n'avons trouvé que 4 études d'évaluation de l'efficacité des antidépresseurs en cancérologie : deux pour la miansérine ou Athymil [174, 175] ; une pour l'imipramine ou Tofranil [176] ; une pour la fluoxétine ou Prozac [177].

• Costa *et al.* [174] ont évalué la miansérine contre placebo dans une étude randomisée de 73 patientes pratiquement toutes hospitalisées, dont les 2/3 avaient un cancer du sein. Les doses étaient faibles (20 mg/24 h). L'échelle HDRS était le critère principal. A J7, J21 et J28, les scores HDRS des patients sous miansérine ont été trouvés significativement plus bas que ceux du groupe placebo ($p < 0,01$).

• Van Heeringen *et al.* [175] ont évalué la miansérine contre placebo dans une étude randomisée de 55 patientes déprimées ayant un cancer du sein stade I ou II en cours de radiothérapie. Les doses étaient plus élevées que dans l'étude précédemment décrite (60 mg/24 h). Selon le même critère (HDRS), une différence significative a été trouvée : J14 : $p < 0,05$; J28 : $p < 0,004$; J42 : $p < 0,004$.

• Evans *et al.* [176] ont comparé, dans une étude non randomisée, 22 patients déprimés ayant été traités par imipramine à la dose de 150 mg/24 h : 12 ont bien suivi leur traitement ; 10 l'ont mal suivi. Les patients ayant bien suivi leur traitement, un mois plus tard, ont obtenu des scores à l'HDRS inférieurs aux autres ($p < 0,001$).

• Razavi *et al.* [177] ont comparé la fluoxétine (20 mg/24 h) contre placebo dans une étude randomisée contrôlée chez 115 patients (tous sites). L'échelle HAD étant le critère principal d'évaluation, il n'a pas été trouvé de différence significative entre les patients traités et les patients sous placebo. Toutefois, cette étude a inclus une certaine proportion de troubles de l'adaptation.

On peut ajouter à ces 4 études l'existence d'une cinquième, multicentrique, randomisée, récemment mise en place : McDaniel *et al.* [178], ayant pour visée de comparer, en termes d'efficacité/tolérance, la paroxétine ou Deroxat , la désipramine ou Pertofran , le recours à un placebo, dans une population de patientes atteintes de cancer du sein, et présentant des troubles dépressifs majeurs ou des troubles de l'adaptation. Le nombre de patients ayant été sortis de l'étude avant sa fin a été le double dans le groupe fluoxétine, dont 7 pour effets secondaires (aucun dans le groupe placebo).

Au total, il n'y a pas d'élément pour traiter la dépression chez une malade atteinte d'un cancer autrement que dans d'autres situations.

Il importe d'inscrire le recours aux antidépresseurs dans une approche « à multiples facettes », prenant en compte l'importance de la dimension psychothérapique [179, 180], et du soutien psycho-social. Le maniement des antidépresseurs doit être effectué selon les recommandations élaborées par l'ANDEM.

• *La dépression est-elle mieux prise en charge, lorsqu'il y a recours à une intervention psychiatrique (psychothérapique et/ou recours aux psychotropes), plutôt qu'un suivi s'inscrivant dans le cadre des soins communément prodigués en médecine générale ?*

Schulberg *et al.* [179] ont comparé, dans un essai thérapeutique contrôlé, chez

283 patients consultant en soins primaires et dépistés par CES-D comme dépressifs (confirmés par DSM-III-R) : 1) nortriptyline jusqu'à obtention d'un taux sérique de 190 à 270 nmol/l (n = 91) ; 2) psychothérapie (n = 93) ; 3) soins habituels en soins primaires (n = 92) : 37 % de ces patients ne furent pas traités. Le critère principal était la HDRS. A 1 mois, les patients sous nortriptyline avaient significativement des scores à la HDRS plus bas que les 2 autres groupes (p < 0,01). A 3 mois, la situation était identique. A 6 et 8 mois, les patients des groupes nortriptyline et psychothérapie avaient des scores significativement plus bas que les patients en soins habituels (p < 0,01).

Le médecin de référence devrait avoir eu une formation suffisante en psycho-oncologie pour détecter la dépression.

Concernant le recours au psychiatre, des critères valides et reproductibles devraient être établis.

En cas d'échec d'un premier traitement antidépresseur, le recours au psychiatre est recommandé. Pour le traitement de la dépression, l'association antidépresseur + intervention psychologique est plus efficace que chacune de ces modalités isolées (grade B). Bien qu'il n'y ait pas eu d'étude spécifique dans le cadre du cancer du sein, les recommandations en vigueur pour le traitement de la dépression peuvent être appliquées (NIMH et RMO fiche transparence n° 47).

Cas particuliers

Les Troubles de l'Adaptation

Le traitement des troubles de l'adaptation consiste à :
- réduire les symptômes : utilisation des anxiolytiques et des hypnotiques selon les règles couramment admises [172] ; l'efficacité des antidépresseurs dans cette indication n'est pas démontrée [177] ;
- faciliter l'adaptation, par des moyens de soutien relationnels et psychologiques.

Une seule étude randomisée contrôlée en double aveugle concernant les troubles de l'adaptation a été trouvée : elle a inclus 152 patients non porteurs de maladie évolutive (non cancéreux) présentant un trouble de l'adaptation au DSM-III-R, en 3 groupes : 49 traités par tianeptine (37,5 mg/24 h) ; 52 traités par miansérine (60 mg/24 h) ;

51 traités par alprazolam (1,5 mg/24 h). Les scores à l'échelle HDRS ont baissé avec le temps, mais aucune différence significative entre les trois groupes n'a été trouvée [181].

Il est recommandé de poursuivre l'évaluation des antidépresseurs dans les troubles de l'adaptation

Les États de Stress Post-traumatique

Le traitement initial préventif : il consiste en une intervention psychiatrique aussi précoce que possible après le vécu du traumatisme. Cette intervention est considérée comme pouvant prévenir l'apparition de l'état de stress post-traumatique. A cette période, des anxiolytiques peuvent être utiles.

Le traitement de l'état de stress constitué fait l'objet de nombreuses études. Pour Lejoyeux [182], au début de la maladie, le traitement recommandé est celui d'une psychothérapie cathartique. L'hypnose peut être utilisée pour cela. Plus le traitement est entrepris tardivement, moins la carthasis sera possible, et le traitement repose alors sur des techniques psychothérapeutiques plus traditionnelles :

1. thérapie analytique s'il existe un élément névrotique préexistant ou s'il y a des antécédents d'autres traumatismes ;
2. thérapie comportementale si la composante d'évitement est importante ;
3. thérapies de groupe ;
4. relaxations.

Shalev *et al.* [183], dans une revue de la littérature portant sur 81 articles, concluent :

1. les antidépresseurs sérotoninergiques ont montré une efficacité qui, toutefois, reste d'une amplitude plus faible que dans les états dépressifs majeurs ;
2. de nombreuses techniques comportementales et cognitives ont montré une efficacité, qui, toutefois, reste incomplète ;
3. les associations de moyens thérapeutiques pharmacologiques et psychothérapeutiques semblent donner de meilleurs résultats qu'une technique isolée ;
4. plus le traitement est entrepris tôt, meilleurs sont les résultats ;
5. l'état de stress post-traumatique chronique est peu susceptible d'être amélioré.

Il est recommandé d'adresser à un psychiatre les patientes présentant un état de stress post-traumatique avéré en vue d'un traitement précoce.

CONCLUSION

L'argumentaire développé dans ce texte montre l'importance des aspects psychologiques au cours du suivi du cancer du sein traité et l'existence de possibilités de prise en charge efficace. En conséquence, lors des consultations de suivi, l'aspect psychologique doit être exploré au même titre que la recherche de récidives et de complications du traitement.

ANNEXES

Annexe I : Critères de validité d'une échelle

Classiquement sont retenus 5 types de validité, c'est-à-dire d'aptitude de l'échelle à mesurer le plus complètement possible le domaine qu'elle veut explorer.

La validité de contenu *(Content Validity)* apprécie que l'échelle explore correctement l'ensemble des champs du domaine étudié. En l'absence de référence absolue [184], c'est-à-dire de possibilité d'étalonner un nouveau test de qualité de vie sur un test de référence, d'autres types de validité ont été développés : la validité perçue par les patients *(Face Validity)* en termes d'acceptabilité et de compréhension des items, la validité de construction ou d'homogénéité de structure de l'échelle *(Construct Validity)* qui vérifie que les questions posées ont une structure homogène et que la réponse à chaque item ou question est corrélée avec le score de sa sous-échelle, la validité de concordance *(Concurrent Validity)* qui compare les résultats avec d'autres instruments de mesure de qualité de vie du domaine étudié et la validité de prédiction *(Predictive Validity)* qui permet d'anticiper l'évolution à partir des résultats du test.

Les qualités métrologiques

Les qualités métrologiques d'une échelle de qualité de vie sont la sensibilité, la spécificité et la fiabilité. Une échelle est sensible si elle est apte à détecter des changements minimes de la qualité de vie d'un même individu ou si elle donne des résultats nettement différents d'un individu à l'autre selon ses caractéristiques psychologiques. Une échelle est spécifique si elle ne prend en compte que le phénomène qu'elle doit mesurer. Une échelle est fiable si elle donne des résultats comparables dans des situations comparables.

On apprécie la fiabilité d'une échelle par le coefficient de corrélation test-retest qui permet de contrôler la stabilité des mesures pour un même sujet testé deux fois dans un temps court, par le coefficient de concordance des résultats obtenus par deux observateurs différents en testant le même sujet, enfin par la cohérence interne de l'échelle. Le plus connu et le plus utilisé des indicateurs de fiabilité est le coefficient alpha de Cronbach [185]. Le coefficient alpha peut varier entre 0 et 1 et on admet un coefficient alpha de Cronbach supérieur à 0,7 comme satisfaisant [186].

Comme construire une échelle psychométrique et la valider est un travail long et fastidieux [128], il est tentant de traduire en français une échelle anglo-saxonne préexistante qui permet ainsi de disposer de standards reconnus au niveau international. L'adaptation en langue française d'une échelle psychométrique nécessite tout d'abord un travail qualitatif de traduction et d'adaptation très soigné avant l'étape classique de validation sur un échantillon de sujet de langue française [128], ce qui en fait une nouvelle échelle dont le développement peut prendre dix ans.

Annexe II : Description des outils d'évaluation cités

BDI : *Beck Depression Inventory.* Auto-évaluation d'intensité de la dépression développée par Beck à partir de 1962. La première version comportait 21 items. La forme abrégée n'en contient plus que 13. Chaque item est coté de 0 à 3. Les seuils de gravité proposés sont : 0-4 : pas de dépression ; 4-7 : dépression légère ; 8-15 : dépression modérée ; 16 et plus : dépression sévère [109]

CARES : *Cancer Rehabilitation Evaluation System*

Échelle de qualité de vie [141].

Le CARES est un auto-questionnaire standardisé de 139 items. Le patient le complète en choisissant une réponse parmi 5 solutions de 0 (pas du tout) à 4 (tout à fait). Tous les items ne sont pas remplis par tous les patients car certains concernent des points particuliers, par exemple la chimiothérapie. Un patient remplit un minimum de 93 items et un maximum de 132 items. Le patient a la possibilité pour chaque item de préciser s'il fait sur ce point une demande d'aide en encerclant un oui ou un non. Les 5 domaines explorés sont le domaine physique (changement physique et perturbation de l'activité quotidienne), le domaine psychosocial (état psychologique, communication, problème relationnel autres qu'avec le compagnon), le domaine des interactions et de communication avec le monde médical, le domaine des problèmes conjugaux ou avec le concubin et le domaine sexuel (libido et activité sexuelle). A ces 5 domaines s'ajoutent un certain nombre d'items divers (du gain de poids aux effets de la chimiothérapie).

Deux études ont montré que CARES avait une bonne fiabilité test-retest [187, 188].

Le CARES a aussi été comparé (de façon satisfaisante selon l'auteur : résultats non précisés dans cet article) à cinq autres instruments de mesure de façon concurrentielle :
- *the symptom check-list 90* (SLC 90) - *the dyadic adjustement scale* (DAS) - *the Karnofski Performances Status Scales* (KPS) - *A global measure of quality of life using a 10 centimeter visual analogue scale* - *the Functional Living Index-Cancer* (FLIC).

La sensibilité de CARES : trois études [188-190] ont comparé le CARES à des entretiens cliniques détaillés et les trois études montrent une bonne sensibilité avec la couverture d'un champ plus large que le simple entretien. De même, l'acceptabilité a été analysée pour deux études [187, 188] et paraît satisfaisante que ce soit sur les

champs analysés, la facilité de la compréhension et du remplissage et le temps nécessaire (moyenne de 10 à 34 minutes contre 27 à 77 minutes pour un entretien clinique).

Enfin, le CARES a 86 % à 84 % de concordance test-retest [57, 191].

CARES-SF : *Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form* [134].

Le CARES-SF est une forme condensée de CARES. Tous les items du CARES-SF sont présents dans le CARES mais sous cette forme brève, le CARES-SF ne contient que 59 items. Il s'agit aussi d'un auto-questionnaire. Les patients complètent au moins 28 items et au plus 57 items. Le type de réponse se fait selon les mêmes modalités que celles du CARES. Les domaines explorés sont identiques. Le CARES avait été testé sur 114 cancers du sein nouvellement diagnostiqués à l'Institut National du Cancer [192]. Le CARES-SF a été testé sur 109 cancers du sein diagnostiqués à l'Institut National du Cancer, sans récidive durant la première année et donc considérés comme stables [134].

Pour le CARES-SF, les valeurs du test-retest sont de 85 %, seul le domaine sexuel n'obtenant que 81 %. La corrélation du CARES-SF avec le CARES est de 0,69 pour le domaine sexuel et supérieure à 0,81 pour tous les autres domaines. Il existe une excellente corrélation globale entre les résultats du CARES et du CARES-SF (r = 0,98).

Le coefficient alpha est toujours supérieur à 0,87 pour le CARES dans tous les champs étudiés et est retrouvé partout supérieur à 0,7 pour le CARES-SF sauf sur un échantillon pour le domaine médical (0,67-0,60) et un échantillon pour le domaine sexuel (0,67). On notera cependant que l'échantillon du CARES-SF est simplement dérivé des constatations du CARES original et justifiera donc d'autres évaluations.

La corrélation du CARES-SF avec le FLIC est satisfaisante pour cet échantillon de 109 patientes à un mois (- 0,72), à 7 mois (- 0,74) et à 13 mois (- 0,70). Il s'agit d'une corrélation négative car plus le score du CARES est bas, meilleure est la qualité de vie alors que la situation est inverse pour le FLIC.

Au total, le CARES et le CARES-SF sont des échelles d'évaluation de qualité de vie validées et semblant fiables bien que des travaux complémentaires soient nécessaires. Elles ont été largement appliquées à l'évaluation de la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein [57, 134, 141, 191-197]. Il n'existe cependant pour aucune de ces échelles de version française validée.

CES-D : *Center for Epidemiological Studies Depression Scale.* Auto-questionnaire de 20 items de dépistage de la symptomatologie dépressive développée aux États-Unis par Radloff. Chaque item est évalué selon sa fréquence, de 0 (jamais) à 3 (fréquemment ; tout le temps). Le seuil proposé est de 17 pour définir les cas possibles et de 23 pour les cas probables. Une version française a été validée [109].

CIM-10 (ICD-10) : Classification Internationale des Maladies : classification établie par l'OMS. La version 10 est parue en 1992. Le chapitre V concerne les troubles

mentaux et troubles du comportement. Cette classification est très proche du DSM-IV.

DSM-IV : critères diagnostiques établis par l'*American Psychiatric Association*. La version IV est parue en 1995 et a été traduite en français en 1996.

- **Troubles de l'Adaptation**

A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur (s) de stress identifiable (s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
(1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress ;
(2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire).

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II. Le DSM-IV est une évaluation en 5 axes. L'Axe I concerne les troubles cliniques et l'Axe II, les troubles de la personnalité.

D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil.

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

- **Épisode Dépressif Majeur**[1]

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir ;
NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.
(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure). **NB.** Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
(3)* Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de

[1] Les items marqués d'un * ont fait l'objet d'une proposition de substitution par Endicott [110].

l'appétit presque tous les jours. **NB.** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4)* Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6)* Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8)* Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

- **Trouble état de stress aigu**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments étaient présents :
1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **NB.** Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
(1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ;
(2) une réduction de la conscience de son environnement (par exemple « être dans le brouillard ») ;
(3) une impression de déréalisation ;
(4) de dépersonnalisation ;
(5) une amnésie dissociative (c'est-à-dire incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de *flash-back* récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (par exemple pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (par exemple, difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

• **État de Stress Post-traumatique**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments étaient présents :
(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement

blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **NB.** Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. **NB.** Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme ;
(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **NB.** Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
(3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire [incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs *(flash-back)*, y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication]. **NB.** Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir ;
(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;
(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
(6) restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
(7) sentiment d'avenir « bouché » (par exemple : pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative

(ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;

(2) irritabilité ou accès de colère ;

(3) difficultés de concentration ;

(4) hypervigilance ;

(5) réaction de sursaut exagéré.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C, D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

FACT-Scale : *Functional Assessment of Cancer Therapy* [138].

Le FACT Général (FACT-G) est une échelle de mesure de qualité de vie multidimensionnelle de 33 items par auto-questionnaire. Elle explore le bien-être physique, le bien-être social et familial, les relations avec le médecin, le bien-être émotionnel et le bien-être fonctionnel des 7 derniers jours.

Le patient choisit pour chaque item entre 5 réponses : de pas du tout (0) à beaucoup (4). On obtient un score total aussi bien que des scores à chaque échelle, les scores les plus élevés reflétant la meilleure qualité de vie.

Pour le FACT-G, le coefficient de la corrélation test-retest pour 60 patients oscille entre 0,82 et 0,92 selon les domaines considérés. Le coefficient alpha de Cronbach calculé sur l'ensemble des items est de 0,89 mais échelle par échelle, il est inférieur à 0,70 pour le domaine social (0,69) et pour le domaine des relations avec le médecin (0,65). La corrélation avec le FLIC, testée sur 424 patients atteint de cancers divers est élevée : 0,79. On peut donc conclure qu'ici encore des travaux complémentaires sont à mener. Il n'existe pas de traduction française validée.

FLIC : *Functional Living Index-Cancer* [140].

Le FLIC est une échelle d'auto-évaluation analogique comportant 22 questions. Sous chaque question se trouve une ligne graduée de 1 à 7, les graduations déterminant 6 intervalles égaux. Le patient se situe sur la ligne par une marque qui représente sa réponse. Le score est obtenu par la somme de chaque réponse avec un minimum de 22 et un maximum de 154. Plus le score est haut, meilleure est la qualité de vie. Cette échelle a été validée sur 837 patients. Les critères de qualité retenus dans l'article princeps [140] toujours cité ultérieurement sont des critères de concordance et de stabilité mais ne comportent pas le calcul du coefficient de Cronbach.

King [198] a comparé le FLIC et le QLQ C-30 sur une population de 98 patients

atteints de cancer du sein, du côlon et de l'ovaire dont 23 libres de tout symptôme et de traitement. Il existe une validité de concordance pour les items globaux, de rôle, émotionnel, de douleur et de nausée mais pas pour la dimension sociale. L'auteur conclut que le choix de l'instrument de mesure de qualité de vie utilisé lors d'un essai thérapeutique peut affecter à la fois les résultats et les conclusions. Il faut donc porter une grande attention au choix d'un instrument qui doit explorer spécifiquement et exhaustivement le domaine étudié. Il constate également qu'il est difficile de comparer plusieurs instruments car leur domaine d'exploration va à la fois porter des dénominations similaires et ne se recouper que très partiellement. Il constate enfin que le FLIC est beaucoup plus difficile à remplir pour les patients du fait de son caractère analogique que le QLQ C-30.

Malgré ces limitations et ces réserves, le FLIC est très largement utilisé [141, 193, 194, 197, 199-202] [57, 156, 191, 198, 203, 204].

Le FLIC a été traduit en français et a fait l'objet de trois études cliniques de validation, l'une à Besançon, l'autre à Lille la troisième conjointement à Besançon et Lille [205].

Dans la première étude, ont été testés 91 malades présentant des cancers de localisations tumorales diverses dont 30 % du sein. Aucun des patients n'était en situation de surveillance puisque 70 % d'entre eux avaient un traitement à visée curative et 30 % à visée palliative avec 2/3 des malades traités par radiothérapie exclusive et 1/3 par chimiothérapie. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,87.

Dans la deuxième étude, la population concernait 86 malades recevant tous une chimiothérapie dont 92 % étaient de sexe féminin et 66 % porteuses d'un cancer du sein. Le questionnaire FLIC était rempli une semaine avant la cure puis trois jours après. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,93.

Les deux traductions n'étant pas totalement superposables, une nouvelle étude clinique de validation à l'aide d'une nouvelle traduction conjointe a été réalisée à Besançon et à Lille grâce à 200 questionnaires de patients atteints de localisations tumorales diverses (cancer du sein 47 %). Les patients bénéficiaient soit d'une chimiothérapie seule (63 %), soit d'une radiothérapie seule (32 %), soit d'une chimiothérapie associée à une radiothérapie (5 %). Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,90 avec une acceptabilité de 95,5 % et un nombre de questionnaire non évaluable de 3,4 %. Dans cette dernière étude, le FLIC était proposé de façon conjointe avec le questionnaire de l'EORTC QLQ-C30. Les corrélations de Pearson varient de 0,19 à 0,67, les corrélations les plus hautes correspondant aux items sur la qualité de vie globale, l'asthénie et l'activité sociale [205]. Si la version française du questionnaire FLIC apparaît donc comme un instrument fiable, facile à remplir, avec une bonne compliance et valide, sa pertinence clinique reste à confirmer [205]. A noter que la répartition des questions selon les domaines dans la version française ne recoupe pas exactement la répartition des questions selon les domaines de la version anglaise et

que la version française n'a jamais été utilisée en situation de surveillance post-thérapeutique.

GDS : *Geriatric Depression Scale :* c'est la seule échelle de dépression spécifiquement conçue pour les personnes âgées. Elle est composée de 30 items de formulation simple, avec une réponse en oui-non. Le *cut-off* est supérieur à 11 [109].

GHQ : *General Health Questionnaire :* instrument d'autoévaluation très utilisé pour le dépistage des troubles psychiatriques dans une population générale. Chaque item est coté sur une échelle en 4 points allant de « moins que d'habitude » ou « pas du tout » à « beaucoup plus que d'habitude ». Il existe plusieurs versions du GHQ. Le GHQ-28 comporte 4 facteurs de 7 items chacun : 1) symptômes somatiques ; 2) anxiété et insomnie ; 3) dysfonctionnement social ; 4) dépression sévère. Son *cut-off* est à 4 ou 5. Sa forme abrégée de 12 items ne comporte pas d'items somatiques. Il existe aussi une version longue de 60 items.

HAD : *Hospital Anxiety and Depression Scale* (voir *Annexe III*) : auto-questionnaire structuré de 14 items cotés de 0 à 3, développé par Zigmond et Snaith afin de dépister chez les patients hospitalisés en médecine la symptomatologie anxieuse et dépressive, et d'en évaluer la sévérité. L'HAD ne contient pas d'items somatiques. Théoriquement, elle se compose de 2 sous-échelles ayant chacune 7 items, l'une pour l'anxiété, l'autre pour la dépression. Mais cette structure en 2 sous-échelles n'est pas constamment retrouvée dans les études, notamment dans l'étude de validation en français sur une population de patients atteints de cancer [206]. Le seuil n'est pas clairement établi : pour Razavi *et al.* [207] le *cut-off* serait, en score global, de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs, et de 13 pour les troubles de l'adaptation. Ne permet pas le diagnostic des troubles chroniques [109].

HDRS ou HAMD : Échelle de Dépression d'Hamilton : c'est l'échelle de quantification de la dépression la plus souvent utilisée dans le monde. Il ne s'agit pas d'une échelle de diagnostic. Les 17 items sont tous cotés de 0 à 4. Pour Bech, une note globale < 7 signifie une absence de dépression, des scores entre 8 à 15, une dépression mineure, et des scores > 15 une dépression manifeste. Mais les auteurs français considèrent qu'une note > 18 serait nécessaire pour parler de dépression modérée [109].

HSC : *Hopkins Symptom Checklist* (idem SCL)

Karnofsky (Indice) : C'est un indicateur de niveau de performance *(voir p. 88).*

Leeds General Scales : auto-évaluation de la dépression et de l'anxiété (soit 2 échelles) élaborée par Hamilton. Ses scores vont de 0 à 18 pour chaque échelle ; un score > 6 indique avec une haute probabilité une dépression ou une anxiété clinique. Il n'existe pas de version française.

Indice de Karnofsky

Capable de mener une activité normale	100 % Pas de signe de maladie 90 % Signes mineurs de maladie 80 % Activité normale mais avec difficulté
Incapable de travailler Capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels	70 % Incapable de travailler, mais capable de subvenir à ses propres besoins. 60 % Assistance occasionnelle mais se débrouille pour la majorité de ses besoins.
Une assistance variable est nécessaire	50 % Assistance considérable et besoins médicaux fréquents.
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	40 % Nécessite une assistance médicale fréquente et des besoins spéciaux. 30 % Hospitalisation nécessaire bien que la mort ne soit pas imminente. 20 % Hospitalisation nécessaire thérapeutique et support actif nécessaire. 10 % Moribond ; la maladie progresse rapidement. 0 % Mort.

LOT : ***Life Orientation Test.*** Échelle de 8 items cotés de 1 (« Je suis tout-à-fait d'accord ») à 4 (« Je ne suis pas du tout d'accord ») élaborée par Scheier et Carver en 1985. Cette échelle permet d'évaluer le degré d'optimisme/pessimisme de la personne. Il n'existe pas de version française.

MAC : ***Mental Adjustment to Cancer :*** échelle de 40 items élaborée par Watson *et al.* en 1988 ; chaque item est scoré en 4 modalités, selon son degré d'appplicabilité à la personne qui le remplit (voir le LOT). Une structure en 5 facteurs lui a été trouvée : esprit de combat, impuissance/désespoir, préoccupation anxieuse, fatalisme et évitement. Une version plus courte (mini-Mac) a été proposée. Il n'existe pas de version française.

MOS-SF 36 : ***Medical outcomes Study*** **ou** ***Rand 36-item Health Survey :*** Forme abrégée d'un questionnaire destiné aux études de *medical outcome study* créé par Sherbourne. Il comprend 36 items, évaluant :
1. la santé physique (fonctionnement physique, douleur, limitations dues aux problèmes physiques) ;
2. la santé mentale (bien-être émotionnel, limitations dues aux problèmes émotionnels ou personnels) ;
3. le fonctionnement social ;
4. l'énergie et la fatigue ;
5. la perception globale de santé et le changement dans la santé. Cet outil a été très

utilisé chez des populations de référence et chez des populations atteintes d'autres affections que le cancer.

PAIS : ***Psychological Adjustment to Illness Scale*** (1978) : auto-questionnaire (46 questions). Il comprend 7 domaines, notamment : *sexual relationships* (6 items) et *psychological distress* (7 items). Chaque item est coté de 0 à 3 ; score maximal = 138. Évaluation sur les 30 jours précédents. Il n'existe pas de version française.

POMS : ***Profile of Moods Scale.*** Auto-évaluation : liste de 65 qualificatifs, scorés sur une échelle à 5 points. Cette échelle explore 6 dimensions : tension-anxiété, dépression-découragement, colère-hostilité, énergie-activité, fatigue-inertie et colère-confusion. L'évaluation se fait sur la semaine précédente. Fallowfield [208] : le POMS est surtout intéressant pour évaluer les bénéfices des interventions de soutien. Cella *et al.* [209] ont évalué avec cet outil 923 patients K tous sites nouvellement diagnostiqués. Ils constatent que les scores des patients atteints de cancer sont significativement ($p < 0,05$) plus bas que ceux d'une population témoin d'étudiants. Pas de version française.

PSE : ***Present State Examination.*** Interview semi-structurée standardisée mise au point par Wing *et al.*

PSI : ***Psychiatric Symptom Index :*** Outil fournissant une évaluation quantitative de la sévérité de la détresse psychologique (anxio-dépressive) durant les 7 jours précédents. Vingt-neuf symptômes sont évalués, selon leur fréquence, de 0 (jamais) à 3 (très souvent). Les résultats sont exprimés par le rapport entre la somme des réponses et le score maximal (29 x 3 = 87). Une version française a été validée au Canada [210].

QLQ-C30 : Questionnaire de qualité de vie EORTC (Organisation Européenne pour la Recherche et le Traitement du Cancer) [136].

Cet auto-questionnaire a été testé de façon collaborative dans 13 pays avec 42 sujets de langue française, belges ou français. Ce questionnaire est disponible en langue française. Cette échelle de qualité de vie comporte 9 échelles multi-items : 5 échelles fonctionnelles (physique, rôle, cognitive, émotionnelle et sociale), trois échelles symptomatiques (fatigue, nausée et vomissement, douleur) et deux échelles visuelles analogiques consacrées à l'auto-évaluation de l'état physique et de la qualité de vie globale au cours de la semaine précédente. Les réponses se font de trois façons en entourant un chiffre : 1 (non) ou 2 (oui), de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) ou de 1 (très mauvais) à 7 (excellent) pour les auto-évaluations globales de l'état physique et de la qualité de vie au cours de la semaine passée. Le temps moyen pour remplir le questionnaire de façon complète est de 11 minutes. Le coefficient alpha de Cronbach est supérieur à 0,70 pour chaque échelle sauf le rôle (travail et activité à la maison) [211]. Osoba *et al.* ont appliqué cette échelle à 143 patientes atteintes d'un cancer du sein. Ici encore on retrouve des coefficients alpha de Cronbach bas dans

l'analyse du rôle (0,66 et 0,53, 8 jours après) et de la fonction cognitive (0,63 et 0,58, 8 jours après). Un résultat similaire est obtenu par Carlsson et Hamrin [212] qui montrent que 4 échelles de l'EORTC QLQ-C30 ont un coefficient alpha de Cronbach inférieur à 0,70 : le fonctionnement physique, le rôle, la fonction cognitive et l'échelle nausée et vomissement. Les mêmes auteurs remarquent que la qualité des relations familiales et la qualité des relations avec les amis proches ne sont pas explorées dans cette échelle. Groenvold *et al.* [213] ont analysé 1 189 réponses de patientes atteintes d'un cancer du sein au moyen du questionnaire QLQ-C30. Ils retrouvent 6 échelles avec un coefficient alpha supérieur ou égal à 0,70, alors que 3 échelles ont un score inférieur, l'état physique (0,57), le rôle (0,20) et l'échelle nausée et vomissement (0,68). Les auteurs mettent en évidence un biais lié à l'âge et concluent qu'il est nécessaire d'analyser non seulement les qualités métrologiques du questionnaire lui-même mais également de ses applications. Bien que disponible en langue française, le questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-C30 demande donc des travaux de validation et de fiabilité complémentaires avant d'être utilisé en dehors du cadre de la recherche. Le questionnaire qualité de vie EORTC QLQ-C30 a été largement utilisé [136, 193, 194, 197, 201, 214-216] [198, 211, 212, 217].

RDC : *Research Diagnostic Criteria.*

RSCL : *Rotterdam Symptom Check list.* Échelle d'autoévaluation de la détresse psychologique et physique créée par J.C. Haes. Chaque item est scoré en 4 degrés d'intensité. La dépression y est évaluée par 4 items (découragement, manque d'énergie, sommeil difficile, difficultés de concentration). L'anxiété est évaluée par 6 items (irritabilité, inquiétude, nervosité, angoisse du futur, tensions nerveuses, anxiété). Pour l'anxiété et la dépression, il existe des valeurs seuils [20]. Les troubles sexuels y sont évalué par l'item : « baisse du désir sexuel ». Cette échelle a été validée pour l'impact de la toxicité des traitements [20] et sur les patients en évolution [115]. Elle est moins indiquée pour l'évaluation de patients non évolutifs.

SAS : Échelle d'adaptation sociale *(Social Adjustement Scale)* : échelle remplie par un interviewer, qui évalue la réponse du patient pour chaque item selon des scores de 1 (= pas de problème) à 5 (= problèmes sévères). L'échelle comporte 56 items, recouvrant 6 secteurs : travail, ajustement émotionnel, vie sociale et loisirs, famille, relations conjugales et relations avec les enfants. Elle comprend en outre 2 évaluations globales : un *summary score* (SASSUM) pour chacun des secteurs définis ci-dessus, à l'exception de l'ajustement émotionnel et un score global (GSAS) (scores de 1 à 7). Un score > 3 a été retenu comme indiquant un mauvais ajustement.

SCL-90 *(Syndrom Check List) :* cette échelle d'auto-évaluation des symptômes psychiatriques, composée de 90 phrases courtes décrivant des plaintes ou des symptômes auxquels le patient doit répondre selon 5 modalités (0 à 4) en fonction de leur intensité, est très largement utilisée. La version anglaise se compose de 9 sous-échelles, dont une échelle de dépression (13 items, score maximal = 52) et une échelle d'anxiété (10 items, score maximal = 40). Ces deux sous-échelles sont stables, sen-

sibles lors des essais thérapeutiques, et bien validées. L'évaluation se fait sur la semaine précédente et sur le jour même [109]. Cette échelle existe en français.

STAI : *Spielberger state/trait anxiety inventory.* Échelle créée par Spielberger.

Zung self-rating depression scale : cette échelle créée par Zung contient 20 items en choix forcé. Le *cut-off* est de 50. Elle n'existe pas en français.

Annexe III : L'échelle HAD *(Hospital Anxiety and Depression scale)*

L'échelle HAD est un auto-questionnaire structuré de 14 items. Elle est utile pour dépister les troubles anxieux et dépressifs et pour en évaluer la sévérité. Cette échelle a été mise au point chez des sujets consultant en médecine générale et chez des patients hospitalisés ou consultant en médecine interne ou en psychiatrie. Elle peut donc être utilisée par des non-spécialistes.

Sa version française réalisée par J.P. Lépine et les études qui ont permis sa validation sont présentées dans l'ouvrage de Guelfi [109].

Chaque item est côté sur une échelle en 4 points pour éviter les cotations moyennes.

Pour utiliser cette échelle dans l'optique d'un dépistage de symptômes dépressifs ou anxieux, on peut choisir deux valeurs seuils :
- si l'on veut privilégier la spécificité, il faut considérer la valeur seuil de 10 pour chacune des sous-échelles (d'anxiété et de dépression) ;
- si l'on souhaite privilégier la sensibilité, une note seuil de 8 à chacune de ces sous-échelles doit être adoptée.

On peut aussi se servir de l'échelle en tenant compte de la valeur globale du score. La note seuil est alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les troubles de l'adaptation et pour les dépressions majeures.

Dans le cadre qui nous intéresse, l'HAD peut être utilisée dans une stratégie en deux phases : une première phase de dépistage par l'auto-questionnaire et une deuxième phase d'évaluation plus complète chez les femmes ayant un score supérieur à une zone seuil prédéterminée.

ÉCHELLE HAD
de A.S. ZIGMOND et R.P. SNAITH
Traduction française : J.P. LÉPINE

NOM

PRÉNOM

SEXE ÂGE DATE

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.
Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

	A	Je me sens tendu ou énervé
	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais
D		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		Oui, tout autant
1		Pas autant
2		Un peu seulement
3		Presque plus
	A	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	Oui, très nettement
	2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
	1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	Pas du tout
D		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		Autant que par le passé
1		Plus autant qu'avant
2		Vraiment moins qu'avant

3		Plus du tout
	A	Je me fais du souci :
	3	Très souvent
	2	Assez souvent
	1	Occasionnellement
	0	Très occasionnellement
D		Je suis de bonne humeur :
3		Jamais
2		Rarement
1		Assez souvent
0		La plupart du temps
	A	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0	Oui, quoi qu'il arrive
	1	Oui, en général
	2	Rarement
	3	Jamais
D		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		Presque toujours
2		Très souvent
1		Parfois
0		Jamais
	A	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	Jamais
	1	Parfois
	2	Assez souvent
	3	Très souvent
D		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		Plus du tout
2		Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		J'y prête autant d'attention que par le passé
	A	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	3	Oui, c'est tout-à-fait le cas
	2	Un peu
	1	Pas tellement
	0	Pas du tout
D		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		Autant qu'avant
1		Un peu moins qu'avant
2		Bien moins qu'avant

3		Presque jamais
	A	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	Vraiment très souvent
	2	Assez souvent
	1	Pas très souvent
	0	Jamais
D		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
0		Souvent
1		Parfois
2		Rarement
3		Très rarement

Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions

Références

1. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC. Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 1994 ; 9 : 325-40.
2. Irvine D, Brown B, Crooks D, Roberts J, Browne G. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer* 1991 ; 67 : 1097-117.
3. Rowland JH, Holland JC. Breast cancer. In : *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York : Oxford University Press ; 1990 : 188-207.
4. Glanz K, Lerman C. Psychosocial impact of brest cancer : a critical review. *Ann Behav Med* 1992 ; 14 : 204-12.
5. Moyer A, Salovey P. Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Ann Behav Med* 1996 ; 18 : 110-25.
6. Andrykowski MA, Curran SL, Studts JL, Cunningham L, Carpenter JS, McGrath PC, *et al.* Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems : a controlled comparison. *J Clin Epidemiol* 1996 ; 49 : 827-34.
7. Bloom JR, Cook M, Fotopoulis S, Flamer D, Gates C, Holland JC. Psychological response to mastectomy : a prospective comparison study. *Cancer* 1987 ; 59 : 189-96.
8. Kiernan PD, Hubert JP, Beahrs OH, Martin MJ. Patient acceptance of mastectomy for cancer. *Am J Surg* 1981 ; 142 : 517-8.
9. Silberfarb PM, Maurer LH, Crouthamel CS. Psychosocial aspects of neoplastic disease. I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 : 450-5.
10. Jamison K, Wellisch DK, Pasnau RO. Psychosocial aspects of mastectomy. I. The woman's perspective. *Am J Psychiatry* 1978 ; 135 : 432-6.
11. Plumb MM, Holland J. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med* 1977 ; 39 : 264-76.
12. Craig TJ, Comstock GW, Geiser PB. The quality of survival in breast cancer : a case-control comparison. *Cancer* 1974 ; 33 : 1451-7.
13. Roberts MM, Furnival IG, Forrest AP. The morbidity of mastectomy. *Br J Surg* 1972 ; 59 : 301-2.

14. Krouse HJ, Krouse JH. Cancer as crisis. The critical elements of adjustement. *Nurs Res* 1982 ; 31 : 96-101.

15. Worden JW, Weisman AD. Do cancer patients really want counseling ? *Gen Hosp Psychiatry* 1980 ; 2 : 100-3.

16. Hughes J. Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *J Psychosom Res* 1982 ; 26 : 277-83.

17. Schoenfield J. Psychological factors related to delayed return to an earlier lifestyle in successfully treated cancer patients. *J Psychosom Res* 1972 ; 16 : 41-6.

18. Polivy J. Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. *J Nerv Ment Dis* 1977 ; 164 : 77-87.

19. Malec J, Wolberg W, Romsaas E, Trump D, Tanner M. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) findings among breast clinic patients after initial evaluation and at 4- or 8-month follow-up. *J Clin Psychol* 1988 ; 44 : 175-80.

20. Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM, Murray GD, Stallard S, George WD. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur J Surg Oncol* 1992 ; 18 : 327-31.

21. Wolberg WH, Romsaas EP, Tanner MA, Malec JF. Psychosexual adaptation to breast cancer surgery. *Cancer* 1989 ; 63 : 1645-55.

22. Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy : preoperative predictors and types of illness. *J Psychosom Res* 1987 ; 31 : 385-92.

23. Gottschalk LA, Hoigaard-Martin J. The emotional impact of mastectomy. *Psychiatry Res* 1986 ; 17 : 153-67.

24. Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Kücheman CS, Crabtree RJ, Cornell CE. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *BMJ* 1978 ; 267 : 963-5.

25. Morris T, Greer HS, White P. Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer* 1977 ; 40 : 2381-7.

26. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990 ; 301 : 575-80.

27. Lee MS, Love SB, Mitchell JB, Parker EM, Rubens RD, Watson JP, *et al.* Mastectomy or conservation for early breast cancer : psychological morbidity. *Eur J Cancer* 1992 : 28A. 1340-4.

28. Berglund G, Bolund C, Fornander T, Rutqvist LE, Sjoden PO. Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. *Eur J Cancer* 1991 ; 27 : 1075-81.

29. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of

cancer diagnosis : a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997 ; 59 : 280-93.

30. Razavi D, Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients. I. Adjustement disorders and depressive disorders. *Support Care Cancer* 1994 ; 2 : 223-32.
31. Razavi D. La dépression au cours de la maladie cancéreuse. *Encéphale* 1994 ; 20 : 647-55.
32. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, *et al.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983 ; 249 : 751-7.
33. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol* 1993 ; 32 : 623-6.
34. Razavi D, Delvaux N, Bredart A, Paesmans M, Debusscher L, Bron D. Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population. *Eur J Cancer* 1992 ; 28A : 1869-72.
35. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 1996.
36. Agency for Health Care Policy and Research. Depression in primary care, volume 1. Detection and diagnosis. Clinical practice guideline n° 5. Rockville (MD) : AHCPR, 1993.
37. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill : an overview. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 696-705.
38. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lemperière T. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol* 1985 ; 143 : 175-89.
39. Ramirez AJ, Richards MA, Jarrett SR, Fentiman IS. Can mood disorder in women with breast cancer be identified preoperatively ? *Br J Cancer* 1995 ; 72 : 1509-12.
40. Thomas SF, Glynne-Jones R, Chait I, Marks DF. Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psychooncology* 1997 ; 6 : 190-6.
41. Ellman R, Thomas BA. Is psychological wellbeing impaired in long-term survivors of breast cancer ? *J Med Screen* 1995 ; 2 : 5-9.
42. Rijken M, de Kruif ATCM, Komproe IH, Roussel JGJ. Depressive symptomatology of post menopausal breast cancer patients : a comparison of women recently treated by mastectomy or by breast-conserving therapy. *Eur J Surg Oncol* 1995 ; 21 : 498-503.

43. Maraste R, Brandt L, Ollsson H, Ryde-Brandt B. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. *Acta Oncol* 1992 ; 31 : 641-3.
44. Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, *et al.* Relationships between emotional control, adjustement to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991 ; 21 : 51-7.
45. Lasry JCM, Margolese RG, Poisson R, Shibata H, Fleischer D, Lafleur D. Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *J Chron Dis* 1987 ; 40 : 529-34.
46. Hughson AVM, Cooper AF, McArdle CS, Smith DC. Psychological impact of adjuvant chemotherapy in the first two years after mastectomy. *BMJ* 1986 ; 293 : 1268-71.
47. Farber JM, Weinerman BH, Kuypers JA. Psychosocial distress in oncology outpatients. *J Psychosoc Oncol* 1984 ; 2 : 109-18.
48. Glover J, Dibble SL, Dodd MJ, Miaskowski C. Mood states of oncology outpatients : does pain make a difference ? *J Pain Symptom Manage* 1995 ; 10 : 120-8.
49. Silverstone PH. Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness. *J Psychosom Res* 1990 ; 34 : 651-57.
50. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardical infarction. *JAMA* 1993 ; 270 : 1819-25.
51. Silverstone PH. Concise assessment for depression (CAD) : a brief screening approach to depression in the medically ill. *J Psychosom Res* 1996 ; 41 : 161-70.
52. Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995 ; 63 : 981-6.
53. Agency for Health Care Policy and Research. Depression in primary care, volume 2. Treatment of major depression. Clinical practice guideline n°5. Rockville (MD) : AHCPR, 1993.
54. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 1665-74.
55. Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II : Outcome six weeks post surgery. *Psychooncology* 1996 ; 5 : 295-303.
56. Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 1996 ; 39 : 261-73.

57. Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky ML, Peterson L. Breast cancer survivors : psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 1996 ; 38 : 183-99.

58. Wieneke MH, Dienst ER. Neuropsychological assessment of cognitive functioning following chemotherapy for breast cancer. *Psychooncology* 1995 ; 4 : 61-6.

59. Holmberg L, Omne-Ponten M, Burns T, Adami HO, Bergstrom R. Psychosocial adjustment after mastectomy and breast-conserving treatment. *Cancer* 1989 ; 64 : 969-74.

60. Omne-Ponten M, Holmberg L, Burns T, Adami HO, Bergstrom R. Determinants of the psycho-social outcome after operation for breast cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. *Eur J Cancer* 1992 ; 28A : 1062-7.

61. Omne-Ponten M, Holmberg L, Sjoden PO. Psychosocial adjustment among women with breast cancer stages I and II : six-year follow-up of consecutive patients. *J Clin Oncol* 1994 ; 12 : 1778-82.

62. Ganz PA, Coscarelli Schag CA, Lee JJ, Polinsky ML, Tan SJ. Breast conservation *versus* masectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery ? *Cancer* 1992 ; 69 : 1729-38.

63. Halttunen A, Hietanen P, Jallinoja P, Lonnqvist J. Getting free of breast cancer. An eight-year perspective of the relapse-free patients. *Acta Oncol* 1992 ; 31 : 307-10.

64. Levy SM, Haynes LT, Herberman RB, Lee J, McFeeley S, Kirkwood J. Mastectomy *versus* breast conservation surgery : mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychol* 1992 ; 11 : 349-54.

65. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychlogical distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors. *Cancer* 1992 ; 70 : 120-5.

66. Ward SE, Viergutz G, Tormey D, Demuth J, Paulen A. Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nurs Res* 1992 ; 41 : 362-6.

67. Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC, Grant CH, Hemmick RM. The role of social support in adaptation to cancer and to survival. *J Psychosoc Oncol* 1995 ; 13 : 75-95.

68. National Health Service Executive Expert Advisory Group on Cancer. Improving outcomes in breast cancer : guidance for purchasers. The manual. Leeds : NHS Executive, Department of Health, 1996.

69. National Health Service Executive Expert Advisory Group on Cancer. Improving outcomes in breast cancer : guidance for purchasers. The research evidence. Leeds : NHS Executive, Department of Health, 1996.

70. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer* 1995 ; 76 : 631-7.
71. Reynolds P, Boyd PT, Blacklow RS, Jackson JS, Greenberg RS, Austin DF, *et al.* The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. The National Cancer Institute Black/White Cancer Survival Study Group. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994 ; 3 : 253-9.
72. Waxler-Morrison N, Hislop TG, Mears B, Kan L. Effects of social relationships on survival for women with breast cancer : a prospective study. *Soc Sci Med* 1991 ; 33 : 177-83.
73. Jarrett SR, Ramirez AJ, Richards MA, Weinman J. Measuring coping in breast cancer. *J Psychosom Res* 1992 ; 36 : 593-602.
74. Heim E. Coping and adaptation in cancer. In : Cooper CL Watson M, eds. *Cancer and stress : psychological, biological and coping studies.* Chichester : John Wiley, 1991 : 197-235.
75. Somerfield MR. On the use of checklist measures of coping in studies of adaptation to cancer. *J Psychosoc Oncol* 1996 ; 14 : 21-40.
76. Thomas SF, Marks DF. The measurement of coping in breast cancer patients. *Psychooncology* 1995 ; 4 : 231-37.
77. Watson M, Law M, Dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The mini-MAC : further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *J Psychosoc Oncol* 1994 ; 12 : 33-45.
78. Schnoll RA, MacKinnon JR, Stolbach L, Lorman C. The relationship between emotional adjustment and two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. *Psychooncology* 1995 ; 4 : 265-72.
79. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, *et al.* Optimism *versus* pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer* 1994 ; 73 : 1213-20.
80. Ferrero J, Barreto MP, Toledo M. Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients : an exploratory study. *Psychooncology* 1994 ; 3 : 223-32.
81. Vinokur AD, Threatt BA, Vinokur-Kaplan D, Satariano WA. The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. Changes during the first year. *Cancer* 1990 ; 65 : 1242-54.
82. Harrison J, Maguire P. Influence of age on psychological adjustment to cancer. *Psychooncology* 1995 ; 4 : 33-8.
83. Kiebert GM, de Haes JCJM, Van de Velde CJH. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients : a review. *J Clin Oncol* 1991 ; 9 : 1059-70.

84. Fallowfield LJ. Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer. *Oncology (Huntingt)* 1990 ; 4 : 89-100.

85. Schain WS, D'Angelo TM, Dunn ME, Lichter AS, Pierce LJ. Mastectomy *versus* conservative surgery and radiation therapy. Psychosocial consequences. *Cancer* 1994 ; 73 : 1221-8.

86. Razavi D, Farvacques C, Delvaux N, Beffort T, Paesmans M, Leclercq G, *et al*. Psychosocial correlates of oestrogen and progesterone receptors in breast cancer. *Lancet* 1990 ; 335 : 931-3.

87. Rosenqvist S, Berglund G, Bolund C, Fornander T, Rutqvist LE, Skoog L, *et al*. Lack of correlation between anxiety parameters and oestrogen receptor status in early breast cancer. *Eur J Cancer* 1993 ; 29A : 1325-6.

88. Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF. Psychosocial factors in women with operable breast cancer. An association to estrogen receptor status ? *J Psychosom Res* 1995 ; 39 : 875-81.

89. Chlebowski RT, Grosvenor M. The scope of nutrition intervention trials with cancer-related endpoints. *Cancer* 1994 ; 74 : 2734-8.

90. Demark-Wahnefried W, Winer EP, Rimer BK. Why women gain weight with adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 1993 ; 11 : 1418-29.

91. Hoskin PJ, Ashley S, Yarnold JR. Weight gain after primary surgery for breast cancer-effect of tamoxifen. *Breast Cancer Res Treat* 1992 ; 22 : 129-32.

92. Tobin MG, Lacey HJ, Meyer L, Mortimer PS. The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer* 1993 ; 72 : 3248-52.

93. Passik SD, Newman ML, Brennan M, Tunkel R. Predictors of psychological distress, sexual dysfunction and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer. *Psychooncology* 1995 ; 4 : 255-63.

94. Moadel AB, Ostroff JS, Lesko LM, Bajorunas DR. Psychosexual adjustment among women receiving hormone replacement therapy for premature menopause following cancer treatment. *Psychooncology* 1995 ; 4 : 273-82.

95. Love RR, Cameron L, Connell BL, Leventhal H. Symptoms associated with tamoxifen treatment in postmenopausal women. *Arch Intern Med* 1991 ; 151 : 1842-7.

96. Cathcart CK, Jones SE, Pumroy CS, Peters GN, Knox SM, Cheek JH. Clinical recognition and management of depression in node negative breast cancer patients treated with tamoxifen. *Breast Cancer Res Treat* 1993 ; 27 : 277-81.

97. Shariff S, Cumming CE, Lees A, Handman M, Cumming DC. Mood disorder in women with early breast cancer taking tamoxifen, an estradiol receptor antagonist. An expected or unexpected effect ? *Ann NY Acad Sci* 1995 ; 761 : 365-8.

98. Ron IG, Inbar MJ, Barak Y, Stier S, Chaitchik S. Organic delusional syndrome associated with tamoxifen treatment. *Cancer* 1992 ; 69 : 1415-7.

99. Ormel J, Van den Brink W, Koeter MWJ, Giel R, Van der Meer K, Van de Willige G. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care : a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990 ; 20 : 909-23.

100. Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice : the general practitioner *versus* the screening questionnaire. *J R Coll Gen Practitioners* 1987 ; 37 : 15-8.

101. Schulberg HC, Saul M, McClelland M, Ganguli M, Christy W, Frank R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42 : 1164-70.

102. Skuse D, Williams P. Screening for psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med* 1984 ; 14 : 365-77.

103. Maguire GP, Julier DL, Hawton KE, Bancroft JHJ. Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. *BMJ* 1974 ; 1 : 268-70.

104. Cathebras P, Mosnier C, Levy M, Bouchou K, Rousset H. Dépistage de la dépression chez les patients hospitalisés en médecine. Comparaison de deux échelles d'auto-évaluation et du jugement des cliniciens à un questionnaire structuré. *Encéphale* 1994 ; 20 : 311-7.

105. Cull A, Stewart M, Altman DG. Assessment of an intervention for psychosocial problems in routine oncology practice. *Br J Cancer* 1995 ; 72 : 229-35.

106. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations ? *Br J Cancer* 1994 ; 70 : 767-70.

107. Jennings BM, Muhlenkamp AF. Systematic misperception : oncology patients' self-reported affective states and their care-givers' perceptions. *Cancer Nurs* 1981 ; 4 : 485-9.

108. Derogatis LR, Abeloff MD, McBeth CD. Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms. *Psychosomatics* 1976 ; 17 : 197-201.

109. Guélfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1. *Psychopathologie générale, dépression, anxiété et anxio-dépression*. Boulogne : Éditions Médicales Pierre Fabre, 1996.

110. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984 ; 53 (suppl) : 2243-9.

111. Kathol RG, Noyes R, Williams J, Mutgi A, Carroll B, Perry P. Diagnosing depression in patients with medical illness. *Psychosomatics* 1990 ; 31 : 434-40.

112. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR. The efficiency of depression questionnaires for case finding in primary medical care. *J Gen Intern Med* 1989 ; 4 : 542-7.

113. Silverstone PH. Measuring depression in the physically ill. *Int J Methods Psychiatric Res* 1991 ; 1 : 3-12.

114. Meakin CJ. Screening for depression in the medically ill. The future of paper and pencil tests. *Br J Psychiatry* 1992 ; 160 : 212-6.

115. Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients : the effects of disease and treatment. *Eur J Cancer* 1994 ; 30A : 37-40.

116. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer : validation of two self-report questionnaires. *Br J Cancer* 1991 ; 64 : 353-56.

117. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res* 1989 ; 33 : 235-9.

118. Hughson AVM, Cooper AF, McArdle CS, Smith DC. Validity of the general health questionnaire and its subscales in patients receicing chemotherapy for early breast cancer. *J Psychosom Res* 1988 ; 32 : 393-402.

119. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer : towards an interrogative model. *Cancer Surv* 1987 ; 6 : 545-67.

120. Chazot L, Pellet J, Lang F, Berlier JM, Joubert JP, Estour B. Une échelle d'auto-évaluation de la dépression et des troubles psychiatriques dans un service de médecine. *Psychiatrie Psychobiol* 1986 ; 1 : 20-7.

121. Kathol RG, Mutgi A, Williams J, Clamon G, Noyes R. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1021-4.

122. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988 ; 297 : 897-99.

123. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Degruy FV, Hahn SR. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994 ; 272 : 1749-56.

124. Gelber RD, Gelman RS, Goldhirsch A. A quality-of-life-oriented end-point for comparing therapies. *Biometrics* 1989 ; 45 : 781-95.

125. Launois R, Régnier F. Décision thérapeutique et qualité de vie. Montrouge : John Libbey Eurotext, 1992.

126. Livartowski A. Qualité de vie et cancer du sein. *Soins Gynécol Obstét Puéric Pédiatr* 1992 ; 135-136 : 33-7.

127. Gelber RD, Cole BF, Goldhirsch A. How to compare quality of life of breast cancer patients in clinical trials. The International Breast Cancer Study Group, Bern, Switzerland. Recent Results *Cancer Res* 1993 ; 127 : 221-33.

128. Moret L, Chwalow J, Baudoin-Balleur C. Évaluer la qualité de la vie. Construction d'une échelle. *Rev Epidémiol Santé Publ* 1993 ; 41 : 65-71.

129. Batel-Copel L, Piperno-Neumann S. L'évaluation de la qualité de vie en oncologie : peut-on quantifier la qualité ? *Lettre Cancérologue* 1997 ; 6 : 17-20.

130. Schraub S, Mercier M, Orgerie MB. Qualité de vie et cancer du sein. In : Brémond A, Rouësse J, Kerbrat P, Fumoleau P, eds. *Cancer du sein 20 ans de progrès.* Tome 2 : de l'épidémiologie au traitement. Neuilly-sur-Seine : Bellon-Rhône Poulenc ; 1992 : 637-47.

131. Berzon RA, Simeon GP, Simpson RL, Tilson HH. Quality of life bibliography and indexes. 1992 update. *J Clin Res Drug Dev* 1993 ; 7 : 203-42.

132. Berzon RA, Simeon GP, Simpson RL, Donnelly MA, Tilson HH. Quality of life bibliography and indexes : 1993 update. *Qual Life Res* 1995 ; 4 : 53-74.

133. Berzon RA, Donnelly MA, Simpson RL, Simeon GP, Tilson HH. Quality of life bibliography and indexes : 1994 update. *Qual Life Res* 1995 ; 4 : 547-69.

134. Coscarelli Schag AC, Ganz PA, Heinrich RL. Cancer Rehabilitation Evalaution System-Short Form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer* 1991 ; 68 : 1406-13.

135. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulsky DS, Lloyd R, *et al*. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. *J Clin Oncol* 1997 ; 15 : 974-86.

136. Aaronson NK : The European Organization for Research of Treatment of *Cancer* QLQ-C30. Quality-of-life instrument use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993 ; 85 : 365-76.

137. Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, Velde A, Muller M, *et al*. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-specific quality of life questionnaire module : first results from a three-country field study. *J Clin Oncol* 1996 ; 14 : 2756-68.

138. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bononli A. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale : development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993 ; 11 : 570-9.

139. Ferrell BR, Grant M, Funk B, Garcia N, Otis-Green S, Schaffner MLJ. Quality of life in breast cancer. *Cancer Pract* 1996 ; 4 : 331-40.

140. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients : the Functional Living Index-Cancer : development and validation. *J Clin Oncol* 1984 ; 2 : 472-83.

141. Schag CAC, Heinrich RL. Development of comprehensive quality of life measurement tool : CARES. *Oncology* 1990 ; 4 : 135-8.

142. Italian Psycho-Oncology Society : Consensus development conference : assessment of the quality of life in cancer clinical trials. *Tumori* 1992 ; 78 : 151-4.

143. Muss HB, Tell GS, Case LD, Robertson P, Atwell BM. Perceptions of follow-up care in women with breast cancer. *Am J Clin Oncol* 1991 ; 14 : 55-9.

144. Lampic C, Wennberg A, Schill JE, Brodin O, Glimelius B, Sjoden PO. Anxiety and cancer-related worry of cancer patients at routine follow-up visits. *Acta Oncol* 1994 ; 33 : 119-25.

145. Bradburn J, Maher J, Adewuyi-Dalton R, Grundfeld E, Lancaster T, Mant D. Developing clinical trial protocols : the use of patient focus groups. *Psychooncology* 1995 ; 4 : 107-12.

146. Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, Owens RG. Information needs and sources of information for women with breast cancer : a follow-up study. *J Adv Nurs* 1996 ; 23 : 487-95.

147. Suominen T, Leino-Kilpi H, Laippala P. Breast cancer patients' perceived participation in health care : how do patients themselves and nurses assess this participation ? *Nurs Ethics* 1994 ; 1 : 96-109.

148. Trijsburg RW, Van Knippenberg FCE, Rijpma SE. Effects of psychological treatment on cancer patients : a critical review. *Psychosom Med* 1992 ; 54 : 489-517.

149. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 : 100-13.

150. Iacovino V, Reesor K. Literature on interventions to address cancer patient's psychosocial needs : what does it tell us ? *J Psychosoc Oncol* 1997 ; 15 : 47-71.

151. Bottomley A. Group cognitive behavioural therapy interventions with cancer patients : a review of the literature. *Eur J Cancer Care* 1996 ; 5 : 143-6.

152. Bottomley A. *Cancer* support groups - are they effective ? *Eur J Cancer Care* 1997 ; 6 : 11-7.

153. Lovejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer : research and theoretical initiatives. *Cancer Nurs* 1997 ; 20 : 155-67.

154. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients : a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995 ; 14 : 101-8.

155. Samarel N, Fawcett J, Tulman L. Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer. *Res Nurs Health* 1997 ; 20 : 15-26.

156. Marchioro G, Azzarello G, Checchin F, Perale M, Segati R, Sampognaro E, *et al.* The impact of a psychological intervention on quality of life in non- metastatic breast cancer. *Eur J Cancer* 1996 ; 32A : 1612-5.

157. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. Length of survival and lymphocyte percentage in women with mammary cancer as a function of psychotherapy. *Psychol Rep* 1989 ; 65 : 315-21.

158. Van Der Ploeg HM. What a wonderful world it would be : a reanalysis of some of the work of Grossarth-Maticek. *Psychological Inquiry* 1991 ; 2 : 280-5.

159. Vetter H. Some observations on Grossarth-Maticek's data base. *Psychological Inquiry* 1991 ; 2 : 286-7.

160. Maguire P, Brooke M, Tait A, Thomas C, Sellwood R. The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clin Oncol* 1983 ; 9 : 319-24.

161. Morgenstern H, Gellert GA, Walter SD, Ostfeld AM, Siegel BS. The impact of a psychosocial support program on survival with breast cancer : the importance of selection bias in program evaluation. *J Chronic Dis* 1984 ; 37 : 273-82.

162. Telch CF, Telch MJ. Group coping skills introduction and supportive group therapy for cancer patient : a comparison of strategies. *J Consult Clin Psychol* 1986 ; 54 : 802-8.

163. Watson M, Denton S, Baum M, Greer S. Counselling breast cancer patients : a specialist nurse service. *Counselling Psychol Quaterly* 1988 ; 1 : 25-33.

164. Bridge LR, Benson P, Pietroni PC, Priest RG. Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. *BMJ* 1988 ; 297 : 1169-72.

165. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989 ; 2 : 888-9.

166. Edgar L, Rosberger Z, Nowlis D. Coping with cancer during the first year after diagnosis. Assessment and intervention. *Cancer* 1992 ; 69 : 817-28.

167. Greer S, Moorey S, Baruch JDR, Watson M, Robertson BM, Mason A, *et al.* Adjuvant psychological therapy for :patients with cancer : a prospective randomised trial. *BMJ* 1992 ; 304 : 675-80.

168. Moorey S, Greer S, Watson M, Baruch JDR, Robertson BM, Mason A, *et al.* Adjuvant psychological therapy for patients with cancer : outcome at one year. *Psychooncology* 1994 ; 3 : 39-46.

169. McArdle JMC, George WD, McArdle CS, Smith DC, Moodie AR, Hughson AVM, *et al.* Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery : a randomised study. *BMJ* 1996 ; 312 : 813-6.

170. Levine SH, Jones LD, Sack DA. Evaluation and treatment of depression, anxiety, and insomnia in patients with cancer. *Oncology* 1993 ; 7 (suppl) : 119-25.

171. Breitbart W. Psychooncology : depression, anxiety, delirium. *Semin Oncol* 1994 ; 21 : 754-69.

172. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques. Règles de prescription en fonction de l'âge et précautions d'emploi. In : *Recommandations et références médicales*, tome 2. Paris : ANDEM, 1995 : 149-65.

173. Massie MJ, Lesko LM. Psychopharmacological management. In : Holland UJC, Rowland JH, eds. *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York : Oxford University Press, 1989 : 470-91.

174. Costa D, Mogos I, Toma T. Efficacy and safety of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr Scand* 1985 ; 72 (suppl 320) : 85-92.

175. Van Heeringen K, Zivkov M. Pharmacological treatment of depression in cancer patients. A placebo-controlled study of Mianserin. *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 : 440-3.

176. Evans DL, McCartney CF, Haggerty JJ, Nemeroff CB, Golden RN, Simon JB, *et al.* Treatment of depression in cancer patients is associated with better life adaptation : a pilot study. *Psychosom Med* 1988 ; 50 : 72-6.

177. Razavi D, Allilaire JF, Smith M, Salimpour A, Verra M, Desclaux B, *et al.* The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996 ; 94 : 205-10.

178. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 : 89-99.

179. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott PC, Rodriguez E, Imber SD, *et al.* Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 913-9.

180. Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, *et al.* A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 924-32.

181. Ansseau M, Bataille M, Briole G, de Nayer A, Fauchere PA, Ferrero F, *et al.* Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression. *Hum Psychopharmacol* 1996 ; 11 : 293-8.

182. Lejoyeux M, Ades J. Stress post-traumatique. In : Senon JL, Sechler D, Richard D, eds. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris : Hermann ; 1995 : 667-72.

183. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder : a review. *Psychosom Med* 1996 ; 58 : 165-82.

184. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, *et al.* Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. *J Chronic Dis* 1981 ; 34 : 585-97.

185. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological test. In : Jackson DN, Messick S, eds. *Problems in human assessment.* New York : McGraw Hill, 1967 : 57-77.

186. Nunnaly JC. *Psychometric theory.* New York : McGraw Hill Book Company, 1978.

187. Schag CAC. Cancer inventory of problem situations : an instrument for assessing cancer patients' rehabilitation needs. *J Psychol Oncol* 1983 ; 1 : 12-24.

188. Schag CAC, Heinrich RL, Aadland RL, Ganz PA. Assessing problems of cancer patients : psychometric properties of the cancer inventory of problem : situations. *Health Psychol* 1990 ; 9 : 83-102.

189. Ganz PA, Rofessart J, Polinsky ML, Schag CC, Heinrich RL. A comprehensive approach to the assessment of cancer patients' rehabilitation needs. The Cancer Inventory of Problem Situations and a companion interview. *J Psychosoc Oncol* 1986 ; 4 : 27-42.

190. Heinrich RL, Schag CC. Stress and activity management. Group treatment for cancer patients and spouses. *J Consult Clin Psychol* 1985 ; 33 : 439-46.

191. Ganz PA, Lee JJ, Sim MS, Polinsky ML, Coscarelli Schag CA. Exploring the influence of multiple variables on the relationship of age to quality of life in women with breast cancer. *J Clin Epidemiol* 1992 ; 45 : 473-85.

192. Ganz PA, Schag CA, Cheng HL. Assessing the quality of life : a study in newly-diagnosed breast cancer patients. *J Clin Epidemiol* 1990 ; 43 : 75-86.

193. Aaronson NK. Quality of life research in cancer clinical trials. A need for common rules and language. *Oncology* 1990 ; 4 : 59-66.

194. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today : methodological aspects. *Oncology* 1990 ; 4 : 29-38.

195. Ganz PA, Moinpour CM, Cella DF, Fetting JH. Quality-of-life assessment in care trials. A status report. *J Natl Cancer Inst* 1992 ; 84 : 994-5.

196. Ganz PA, Schag CA, Sim MS. The CARES : a generic measure of health-related quality of life for patients with cancer. *Qual Life Res* 1992 ; 1 : 19-29.

197. Nayfield SG, Ganz PA, Moinpour CM, Cella DF, Hailey BJ. Report from a National Cancer Institute (USA) workshop on quality of life assessment in caner clinical trials. *Qual Life Res* 1992 ; 1 : 203-10.

198. King MT, Dobson AJ, Harnett PR. A comparison of two quality-of-life questionnaires for cancer clinical trials : the functional living index-cancer (FLIC) and the quality of life questionnaire core module (QLQ-C30). *J Clin Epidemiol* 1996 ; 49 : 21-9.

199. Ganz PA, Polinsky ML, Coscarelli Schag CA, Heinrich RL. Rehabiblitation of patients with primary breast cancer : assessing the impact of adjuvant therapy. Recent Results *Cancer Res* 1989 ; 115 : 244-54.

200. Morrow GR, Lindke J, Black P. Measurement of quality of life in patients : psychometric analyses of the Functional Living Index-Cancer (FLIC). *Qual Life Res* 1992 ; 1 : 287-96.

201. Osoba D. The quality of life committee of the clinical trials group of The National Cancer Institute of Canada : organization and functions. *Qual Life Res* 1992 ; 1 : 211-8.

202. Hayden KA, Moinpour CM, Metch B, Feigl P, O'Bryan RM, Green S, Osborne CK. Pitfalls in quality-of-life assessment : lessons from a Southwest Oncology Group breast cancer clinical trial. *Oncol Nurs Forum* 1993 ; 20 : 1415-9.

203. Seidman AD, Portenoy R, Yao TJ, Lepore J, Mont EK, Kortmansky J, *et al.* Quality of life in phase II trials : a study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer treated with paclitaxel plus granulocyte colony-stimulating. *J Natl Cancer Inst* 1995 ; 87 : 1316-22.

204. Ganz PA, Hirji K, Sim MS. Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. *Med Care* 1993 ; 31 : 419-31.

205. Lecomte S, Bonneterre J. Une expérience de l'évaluation de la qualité de vie en cancérologie : l'utilisation du questionnnaire FLIC. In : Moatti JP, ed. *Clinique et qualité de vie.* Paris : Flammarion Recherche, 1996 : 105-13.

206. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients de cancéreux hospitalisés. *Rev Psychol App* 1989 ; 39 : 295-308.

207. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1990 ; 156 : 79-83.

208. Fallowfield LJ. Quality of life measurement in breast cancer. *J R Soc Med* 1993 ; 86 : 10-12.

209. Cella DF, Tross S, Orav EJ, Holland JC, Silberfarb PM, Rafla S. Mood states of patients after the diagnosis of cancer. *J Psycosoc Oncol* 1989 ; 7 : 45-55.

210. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment for breast cancer : a comparison of partial and total mastectomy. *J Clin Epidemiol* 1989 ; 42 : 765-71.

211. Osoba D, Zee B, Pater J, Warr D, Kaiser L, Latreille J. Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of life questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. *Qual Life Res* 1994 ; 3 : 353-64.

212. Carlsson M, Hamrin E. Measurement of quality of life in women with breast cancer. Development of a life satisfaction questionnaire (LSQ-32) and a comparison with the EORTC QLQ-C30. *Qual Life Res* 1996 ; 5 : 265-74.

213. Groenvold M, Bjorner JB, Klee MC, Kreiner S. Test for item bias in a quality of life questionnaire. *J Clin Epidemiol* 1995 ; 48 : 805-16.

214. Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S. A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. Recent results. *Cancer Res* 1988 ; 111 : 231-49.

215. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res* 1993 ; 2 : 369-95.

216. Ringdal GI, Ringdal K. Testing the EORTC quality of life questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses. *Qual Life Res* 1993 ; 2 : 129-40.

217. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuji-Dalton R, Cole D, Stewart J, *et al.* Routine follow up of breast cancer in primary care : randomised trial. *BMJ* 1996 ; 313 : 665-9.

Achevé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau (France)
N° d'Imprimeur : 46655 - Dépôt légal : octobre 2000

Imprimé en U.E.